

MANLIG SEXUELL DYSFUNKTION: INTE BARA EN FRÅGA OM POTENS

Många män har personliga problem på grund av sexuell dysfunktion, som också ger stora problem för den kvinnliga partnern. Kunskapen om utredning, rådgivning och behandling är god, men resurserna är begränsade.



KERSTIN FUGL-MEYER, med dr, docent, leg psykoterapeut, Centrum för andrologi och sexualmedicin, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge, och institutionen för medicin, Karolinska institutet kerstin.fugl-meyer@karolinska.se

Den manliga sexualiteten har alltid varit falloscentrerad – också inom medicinsk vetenskap. Det är därför inte förvånande att när den sexualmedicinska utvecklingen accelererade för 20–25 år sedan stod erektion och erektionsvikt i fokus. Tidigare sågs erektill dysfunktion (ED) huvudsakligen som psykologiskt orsakad, men man anser nu att etiologin oftast är organisk. Olika bakgrundsfaktorer till erektill dysfunktion är nu relativt välkända, och i dag är de farmakologiska symtomatiska behandlingsmöjligheterna goda.

Sexualmedicinska utvecklingstrender

I början av 1980-talet introducerades papaverin och fentolamin som intrakavernöst injicerbara erektionshjälpmedel; senare kom det första officiellt registrerade preparatet för ED (prostaglandin E₁, PGE₁). I samband med lanseringen anordnades ett flertal kurser för olika specialtläkare med fokus på omhändertagande av mannen med erektionsproblem. Några år därefter tillkom intrauretralt applicerbart PGE₁. Det stora genombrottet i farmakologisk symtombehandling kom för drygt tio år sedan, då peroral behandling med fosfodiesteras 5 (PDE5)-hämmare, tex lodenafil registrerades. Kort därefter tillkom tadalafil och vardenafil. För första gången kunde en tablett, med få biverkningar och god effektivitet, ge många olika patientgrupper potensen tillbaka. Fortfarande utvecklas nya PDE5-hämmare, tex lodenafil [1]. Det har nyligen visats att behandling med PDE5-hämmare i kombination med sexualrådgivning ger bättre resultat för erektionskvalitet och sexuell tillfredsställelse än enbart behandling med PDE5-hämmare [2].

Tillgången på läkemedel har förmodligen ökat den kliniska uppmärksamheten på ED men också på forskningen och utvecklingen av det sexualmedicinska området. Kunskap om att ED kan vara ett tecken på bakomliggande sjukdom har ökat kraven på adekvata undersökningar och behandlingar av sexuell problematik – inte bara för ED utan också för andra manliga och kvinnliga dysfunktioner. Allmänhetens medvetenhet och kunskap om ED har också ökat i takt med mediernas intresse för området och inte minst möjligheterna att via nätet söka och få information.

Sexualmedicin befattar sig med människans sexuella väl-

befinnande ur fysiologiska, psykologiska, sociala och kulturella aspekter. Syftet är att hjälpa den enskilda patienten (och ofta paret) till ett tillfredsställande sexuell och därmed en tillfredsställande livssituation (livskvalitet). Studier av bakgrundsfaktorer, riskfaktorer och behandlingsstrategier för manliga och kvinnliga sexuella dysfunktioner har varit och är i centrum. Koncentrationen på en eller några få förklaringsmodeller är på väg att luckras upp; sambandet mellan olika dysfunktioner har tydliggjorts liksom partnerens betydelse och inte minst sambandet med sjukdom, funktionshinder och läkemedel. Sexuell funktion och förmåga sätts alltså i relation till individens livssituation, och sexualmedicin blir därmed ett tvärfackligt område.

Sexuell dysfunktion – ett symptom

Sexuell funktion påverkas ofta av sjukdom och av olika medicinska och kirurgiska behandlingar. Vissa sjukdomar kan manifesteras direkt genitalt, medan andra kan påverka sexuallivet mer indirekt. Specifika symptom, som nedsatt sexuell intresse/sexuell lust, erektill dysfunktion samt prematur och retarderad ejakulation, kan vara relaterade till patologiska förändringar i sexualfysiologin (ofta kardiovaskulära, neurologiska och endokrinologiska faktorer). Ospecifika symptom kan tex vara trötthet, rörelseinskränkning, smärta och förändrat utseende. Sexuell dysfunktion skiljer sig därför principiellt inte från andra problem vi möter inom hälso- och sjukvården: för adekvat behandling behövs utredning och diagnostik.

När en individ drabbas av allvarlig och/eller kronisk sjukdom påverkas hela individens liv, och psykologiska och sociala dimensioner är alltid närvarande. Sexualiteten och ett eventuellt parförhållande berörs ofta av sjukdomen och dess konsekvenser, vilket i sin tur motiverar att sexualiteten uppmärksammas i det kliniska arbetet. När patientens sexualitet blir en legitim del av behandlingen underlättas copingprocessen, och behandlingsmotivationen ökar. Om vi däremot negligerar sexualiteten kan motsatsen ske; exempelvis har De Be-

SAMMANFATTAT

Var fjärde svensk man har det senaste året haft långvarig sexuell dysfunktion, som oftast leder till låg sexuell tillfredsställelse.

Den vanligaste manliga dysfunktionen är minskat sexuell intresse. Prematur ejakulation är nästan dubbelt så vanligt som erektill dysfunktion.

Kombinationer av dysfunktioner förekommer ofta och uppträder inte sällan samtidigt med kvinnlig partners dysfunktion.

Många somatiska och psykiska riskfaktorer förekommer.

Det finns ett nära samband mellan sexuell dysfunktion och otillfredsställelse med parrelationen, familjelivet och livet som helhet.

Sexuell dysfunktion skiljer sig principiellt inte från andra problem man möter inom hälso- och sjukvården: rätt behandlingsval förutsätter adekvat differentialdiagnostik.

rardis et al [3] funnit att typ 2-diabetiker med obehandlad erektil problematik har dålig såväl metabol kontroll som sjukdomsinsikt.

Vad är det för diagnoser vi talar om?

Inom somatisk vård används ICD-10 och inom psykiatri/psykologi DSM-IV för definition av sexuell dysfunktion. Båda diagnosystemen utgår huvudsakligen från fysiologiska modeller av genital respons och symtom som stör sexuell aktivitet. Den sexualmedicinska kategoriseringen av manlig sexuell dysfunktion omfattar:

- Låg sexuell lust/minskat sexuellt intresse
- Erektil dysfunktion
- Prematur ejakulation
- Retarderad ejakulation.

Även dyspareuni (önskad genital smärta vid sexuell aktivitet) räknas ofta till sexuell dysfunktion men förekommer relativt sällan (drygt 1 procent av svenska män) och kommer inte att närmare diskuteras i denna översikt.

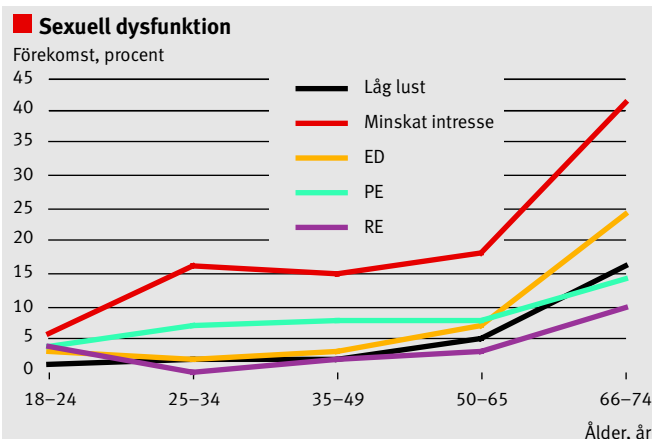
I ICD-10 definieras dysfunktioner per se utifrån en persons förmåga att delta i en sexuell aktivitet så som han önskar; kategoriserade i organiska (N-serien) och icke-organiska (F-serien). Flera otidigheter förekommer dock, och ejaculatio retardata utesluts (vilket förmodligen beror på att man felaktigt har sett denna dysfunktion som ekvivalent med orgasmisk dysfunktion).

DSM-IV beskriver psykogent orsakade sexuella dysfunktioner utifrån två kategorier: A är definition per se, där orsaker till dysfunktionen utesluter medicinska eller farmakologiska förklaringar. När kombinationer av psykologiska och organiska tillstånd förekommer anges detta. B-kategorin lägger till en problemdimension, vilket innebär att dysfunktionen per se ska leda till stress eller interpersonella svårigheter. I den kliniska verksamheten är naturligtvis en dysfunktion som ger patienten personliga problem viktigast, men för beräkning av riskfaktorer och korrelat kan förekomsten av dysfunktion per se vara central.

Nyare definitioner. I patientarbetet är vi än så länge hänvisade till diagnostisering utifrån ICD-10 eller DSM-IV, och beskrivningen av symtombilden blir viktig i journalanteckningarna. För några år sedan rekommenderade en WHO-stödd konsultationsgrupp [4] ett reviderat diagnos- och klassifikationssystem, vilket a priori inte separerar organisk från psykologisk orsakad dysfunktion och understryker vikten av att etiologin klargörs i det enskilda fallet. I detta system tydliggörs individens livssituation (tidigare och aktuell); biologiska och psykosociala faktorer viktas med de sexuella, och patientens upplevda problem inkluderas. Varje dysfunktion bör också karakteriseras utifrån om den är livslång eller förvärvad och om den förekommer situationellt eller generellt. Livslång manifest dysfunktion (dvs som förekommer åtminstone ganska ofta) ses i regel som ett symtom med organisk bakgrund/genetisk eller kongenital defekt men kan också vara psykogen. Förvärvad manifest dysfunktion kan antingen vara biologiskt eller psykologiskt orsakad. Dessa definitioner ligger till grund för det arbete som nu sker i utvecklingen av nya diagnosystem och olika frågeformulär.

Inte bara impotens

Även om kartläggningen av incidens och prevalens av sexuell dysfunktion har ökat kraftigt under de senaste 20 åren försvåras jämförelser mellan olika studier av att det har saknats konsensus kring tex definitioner, svårighetsgrad eller kvanti-



Figur 1. Förekomst av manifest sexuell dysfunktion hos sexuellt aktiva svenska män (n=1162) i åldern 18-74 år. ED = erektil dysfunktion, PE = prematur ejakulation, RE = retarderad/utebliven ejakulation.

fiering (Hur ofta förekommer dysfunktionen? Alltid, nästan alltid, ganska ofta eller sporadiskt?) men också kring tidsramar (Hur länge ska en dysfunktion ha förekommit för att räknas som en dysfunktion? Ett år, sex månader, kortare?) och metodologi (Personliga intervjuer, telefonintervjuer, enkäter?). Det är först på senare tid som detta diskuterats och internationellt samarbete påbörjats för att nå fram till validerade och reliabla frågeformulär för såväl kliniskt bruk som forskning.

I denna översikt diskuteras framför allt manifesta (åtminstone ganska ofta förekommande) dysfunktioner och vad gäller incidens, prevalens och riskfaktorer huvudsakligen epidemiologiskt valida (enligt Prins et al [5]) studier av nedsatt sexuell lust/sexuell intresse och erektil och ejakulatorisk dysfunktion.

Incidens och prevalens

Det finns relativt få populationsbaserade incidensstudier av sexuella dysfunktioner. I Finland [6] har femårsincidensen av nedsatt sexuell lust beräknats till 6 procent för 18-24-åriga män med successiv ökning, 13 procent för 25-34-åriga, 23 procent för 35-44-åriga, 45 procent för 45-54-åriga, 69 procent för 55-64-åriga och 81 procent för 65-74-åriga män. Ganska likartade proportioner gäller för svenska [7] och för danska män [8].

Incidensstudier har för övrigt varit koncentrerade på erektil dysfunktion hos män i 40- till ca 80-årsåldern. Gemensamt för dessa studier är en kraftig ökning med stigande ålder. Från USA har angetts att hos 40-49-åriga män är incidensen ca 12/1000 män/år och för 50-59- och 60-69-åriga män är motsvarande siffror 30 respektive 46 [9]. I Nederländerna [10] är den totala incidensen av »signifikant« erektil dysfunktion 33/1000 män/år hos 50-78-åriga män. Upp till 69 års ålder är »signifikant« respektive »kliniskt relevant« erektil dysfunktion på samma nivå. Hos män i åldern 70-78 år är incidensen hög: 99/1000 män/år, men endast hälften av dem anger »kliniskt relevant« erektil dysfunktion. Med stor sannolikhet är det en parallell till prevalensen av nedsatt sexuell lust/sexuell intresse. I Brasilien har en mycket högre incidens angetts – upp till 190/1000 män/år [11].

Prevalensdata visar att 20-30 procent av vuxna män har åtminstone en manifest sexuell dysfunktion och minst 40-50 procent har sporadiskt återkommande. I Sverige har 26 procent av sexuellt aktiva män erfarenhet av manifest sexuell

TABELL 1. Förekomst av manlig sexuell dysfunktion, andel som upplever att dysfunktionen ger problem och andel av dessa som karakteriserar sexuallivet som inte tillfredsställande. Sexuellt aktiva 18–74-åriga svenska män (n=1162) och kvinnor (n=1030).

	Dysfunktion per se, procent		Ger problem, procent		Inte tillfredsställande sexualliv, procent	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Erektile dysfunktion	5	4	69	74	75	82
Prematur ejakulation	9	6	39	38	65	86
Retarderad ejakulation	3	3	55	56	76	84

dysfunktion det senaste året [7]. Figur 1 visar prevalensen av sexuell dysfunktion hos dessa män i relation till ålderskohort.

Nedsatt sexuell intresse/sexuell lust

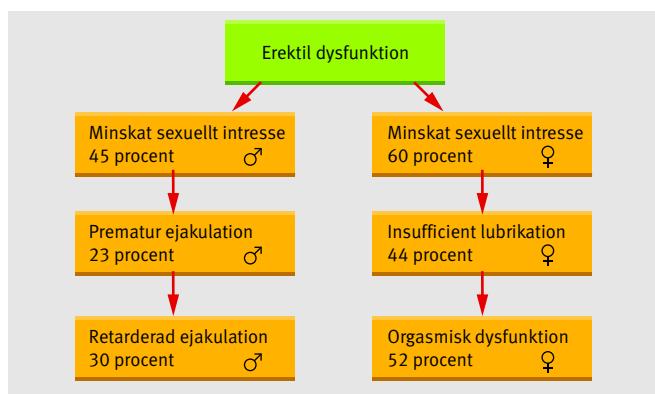
Nedsatt sexuell intresse eller nedsatt sexuell lust definieras som frånvaro eller nedsatt känsla av sexuell intresse eller sexuell lust, inkluderande frånvaro av sexuella tankar eller fantasier. Motivationen till engagemang i sexuell aktivitet är låg eller saknas. Enligt definitionen ska hänsyn tas till patientens aktuella livssituation och (det eventuella) parförhållandets varaktighet [4].

Låg sexuell lust har i olika studier rapporterats vara relativt ovanlig (<5 procent) hos män yngre än 50–55 år, därefter ökar prevalensen successivt till ca 15–25 procent upp till 70–75 års ålder. Det gäller för män som är sexuellt aktiva [6, 12, 13]. Eplov et al [8] fann att mindre än 10 procent av danska män (16–66 år) angav att de sällan eller aldrig hade sexuell lust, men för män över 67 år gällde det för så många som 34 procent.

Minskat sexuell intresse är den vanligast förekommande dysfunktionen (Figur 1). I klinisk verksamhet märks detta ofta i kombination med (eller sekundärt till) annan dysfunktion. Det är inte ovanligt att patienten söker för erektil eller ejakulatorisk dysfunktion och att den sexualmedicinska anamnesen visar att nedsatt intresse är orsak till den dysfunktion som patienten sökt för. I Australien är prevalensen 25–30 procent och i USA och Sverige 16 procent (upp till 59 års ålder) [7, 14, 15]. Bland sexuell aktiva svenska män över 65 års ålder minskar det sexuella intresset kraftigt (Figur 1). Drygt en tredjedel (38 procent) av dem som har manifest nedsatt intresse anser att det leder till personliga problem. Eftersom nedsatt intresse är så vanligt har fler män problem på grund av denna dysfunktion än på grund av erektil dysfunktion; bägge dessa ökar kraftigt vid hög ålder.

Risikfaktorer. Många studier har visat att sexuell dysfunktion är nära relaterad till hälsotillståndet; om hälsan inte upplevs bra föreligger risk för dysfunktion. Uppenbara riskfaktorer för nedsatt intresse/lust är endokrina sjukdomar som primärelle sekundär hypogonadism och hyperprolaktinemi (prolaktinom). Metabola syndromet har också rapporterats vara associerat med låg lust [16]. Diabetes mellitus (typ 1) har beskrivits som associerad med lågt intresse/låg lust; uppkomstmekanismerna för detta tillstånd är i nuläget oklara [17]. Vid hjärnskada, MS, Parkinsons sjukdom och temporallobsepilepsi förekommer nedsatt intresse/lust ofta [18a]. Även vissa typer av (äldre) antiepileptika kan orsaka nedsatt lust. Hjärnskador kan också, men relativt sällsynt, resultera i en centralt orsakad disinhibition av det sexuella intresset med hypersexuellt beteende som följd.

Många kroniska sjukdomar och funktionshinder har i kliniska studier associerats med lågt intresse/låg lust. Ett flertal läkemedel (för en översikt om läkemedel och sexualitet se tex [18b]) och behandling med testosteronsuppression kan också



Figur 2. Förekomst av annan manlig eller kvinnlig dysfunktion när mannen har manifest erektil dysfunktion hos sexuell aktiva svenskar. Modifierad efter Fugl-Meyer et al [12].

påverka lusten negativt. Om psykologiska orsaker finns till nedsatt sexuell intresse är dessa ofta relaterade till partnerns dysfunktion (Figur 2 och 3) eller till ett otillfredsställande parförhållande [7, 15]. Parförhållandets längd, korrigerat för ålder, är också en negativ faktor för lusten/intresset. Depression är vanligt förekommande vid lågt sexuell intresse/låg lust (och vice versa) liksom att leva under stress eller ha emotionella problem [13, 15]. Andra betydelsefulla faktorer är att vara ensamstående eller att ha varit utsatt för sexuella övergrepp som barn. Har patienten en allvarlig/kronisk sjukdom eller ett funktionshinder kan ibland nedsatt intresse/lust vara orsakat primärt av detta eller vara sekundärt till psykologiska och/eller sociala omständigheter, tex negativa förändringar i parförhållandet, familjelivet, yrkessituationen eller ekonomin.

Erektile dysfunktion

Prevalensen av erektil dysfunktion (ED) varierar beroende på vilken undersökningsmetod och definition som används. I sin klassiska undersökning av 40–70-åriga män i Boston fann Feldman et al [19] att omkring var fjärde 40-åring, var tredje 50-åring, 40 procent av 60-åriga män och varannan 70-åring hade ED. Dessa siffror anses numera överdrivna. Man bör räkna med att prevalensen av manifest ED är klart under 10 procent upp till ca 50–55-årsåldern, för att därefter successivt öka till omkring eller något över 50 procent i 75–80-årsåldern (för översikter, se Lewis et al [4] och Kubin et al [20]). Därtill upplever ett stort antal män ED sporadiskt; hos sexuell aktiva svenskar gäller det för knappt var tredje man i 18–74-årsåldern.

Som framgår av Tabell I anger en stor majoritet av svenska män med manifest ED att tillståndet ger dem betydande problem, och ännu fler kvinnor (74 procent) vars partner har erektil dysfunktion upplever manifesta egna problem. Noteras ska att denna befolkningsstudie studerade män och kvin-

nor separat; par ingick inte. Manifest ED är också signifikant associerad med nedsatt intresse, prematur och retarderad ejakulation och i hög grad med nedsatt intresse, nedsatt vaginal lubrikation och orgasmisk dysfunktion hos den kvinnliga partnern (Figur 2) [12]. Med andra ord: manifest manlig dysfunktion är inte ett problem bara för mannen utan också för parförhållandet. Sporadisk dysfunktion, däremot, ger sällan manifesta problem för paret.

Risikfaktorer. Upplevt dåligt hälsotillstånd och ett flertal sjukdomar, framför allt kardiovaskulära, neurologiska, endokrina och urologiska (inklusive postoperativa tillstånd) och vissa läkemedel kan vara orsak till ED. Det skulle föra för långt att här lista dessa; för en relativt modern översikt hänvisas till Lewis et al [4], och artikeln »Erektile dysfunktion – tidigt tecken på hjärt-kärlsjukdom« (sidan 2469 i detta tema). Relativt nyligen har Hellmich et al [21] utvecklat ett lätthanterligt och intressant riskpoängsinstrument för ED, där riskfaktorerna är ålder, bäckenkirurgi, diabetes mellitus, hypertension, artärsjukdom, hjärtsjukdom och rökning.

Baserat på en metaanalys har Tengs och Osgood [22] konkluderat att rökning är en viktig riskfaktor för ED. Mirone et al [23] fann att det är nästan två gånger mer sannolikt att rökare har ED än de som aldrig rökt. Denna risk fanns även hos män utan kardiovaskulär sjukdom, diabetes eller neuropati. Det finns, mig veterligt, inga evidensbaserade studier kring eventuella samband mellan ED och användning av snus. Långvarig, mer än moderat, alkoholkonsumtion kan vara associerad med ED [24]. Om det är ett resultat av neuropati och/eller ska ses ur psykologisk och social synvinkel är oklart.

En otillfredsställande parrelation och, som framgått ovan, både partners och ens egen sexuella dysfunktion är nära relaterade till ED. Det ska poängteras att nästan hälften av svenska män med manifest ED och sex av tio kvinnliga partner har nedsatt sexuellt intresse [12]. I vilken omfattning denna kombination är åldersrelaterad (Figur 1) eller hur eventuell kausalitet för kombinationer ser ut är ännu oklart. I anamnesen vid ED är det alltså viktigt att inkludera aspekter av intresse/lust. I USA har man visat att depression [25], emotionella problem och stress [15] är signifikanta prediktorer för ED, medan en brittisk studie [26] fann att oro och ångest, men inte depression, var relativt vanliga hos män med ED. Män som varit utsatta för sexuella övergrepp har större risk för ED liksom män som tvingat en kvinna till sexuella handlingar. Ekonomiska bekymmer är hos nordeuropéer [13] en prediktor för tillståndet, och i USA har nyligen en studie [24] konstaterat att lägre socioekonomisk situation, men inte etnicitet, är av betydelse för ED.

Prematur ejakulation

Trots att prematur ejakulation (PE) varit känd länge – i Skandinavien beskriven redan i Njals saga på 1200-talet – är definitionen fortfarande inte riktigt klar. Längre har man ansett att PE bäst karakteriseras genom mannens upplevda oförmåga att kontrollera ejakulationen.

Nyligen har en definition på livslång manifest PE tagits fram av en internationell expertgrupp [27]: »Prematur ejakulation karakteriseras av att ejakulationen alltid/nästan alltid sker före eller inom cirka en minut efter penetrationen, och där mannen alltid/nästan alltid är oförmögen att försena ejakulationen, vilket leder till negativa personliga konsekvenser.« Tidsangivelsen bygger här på begreppet IELT (intravaginal ejakulatorisk latenstid), som har introducerats under det senaste decenniet av Waldinger et al [28]. Dessa författare betraktar PE som en samling av syndrom: a) livslång PE: ejakulation

»Trots att prematur ejakulation varit känd länge – i Skandinavien beskriven redan i Njals saga på 1200-talet – är definitionen fortfarande inte riktigt klar.«

sker före eller inom en minut efter penetrationen – tro-
ligen biologisk orsak; b) förvärvad PE med mycket kort IELT (≤1 minut) – biologisk eller psykologisk orsak; c) naturligt variabel PE – ejakulationen sker efter 1–2 minuter och ses inte som dysfunktion utan som en normal variation; d) prematurliknande PE: normal till lång IELT – psykologisk orsak.

Någon formell definition på förvärvad och sporadisk PE finns inte än. Ett speciellt differentialdiagnostiskt problem är att såväl patienter som behandlare kan anse att mannen med PE har erektile dysfunktion – trots väl bibehållen erektile förmåga. Exempelvis har man funnit att cirka en tredjedel av män med livslång väldefinierad PE ger falskt positivt svar på ED-frågeformuläret SHIM (Sexual health inventory for men) [29].

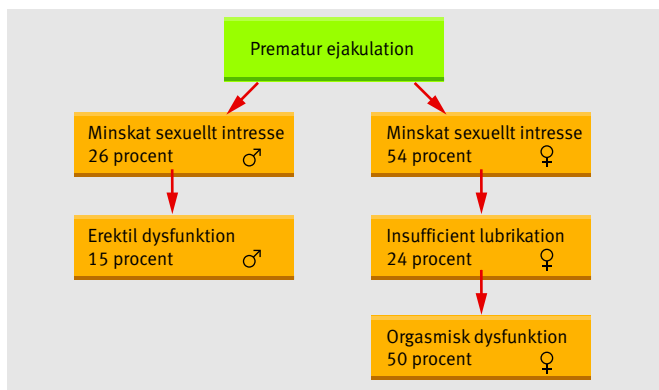
I motsats till erektile dysfunktion är de centrala och perifera fysiologiska mekanismerna bakom PE inte klarlagda. Det har antagits [30] att afferens från genitalia till cortex cerebri via efferens genom talamus, hypotalamus, mitthjärna och hjärnstam når ryggmärgens ejakulationssegment. I hela detta system har neurotransmittorn serotonin (5HT) en ejakulationsinhiberande funktion, och bristfällig voluntär kontroll kan då disinhibera ejakulationsreflexen, medan dopamin är ejakulationsfaciliterande.

Incidensen av PE är oklar. Däremot har en del epidemiologisk förankrade studier försökt klarlägga prevalensen. Ett tolkningsproblem är dock att några författare sammanblandar manlig orgasm (och klimax) med ejakulation, och någon entydig definition av manlig orgasm finns för närvarande inte. I en global studie [13] har, från olika geografiska områden, rapporterats att manifest PE förekommer hos 3–8 procent och mer sporadiskt hos omkring 10–35 procent.

I Sverige har vi [7] funnit att för 18–74-åriga män är prevalensen av manifest PE 8–9 procent – alltså klart högre än vad som gäller för ED – och därtill rapporterar ca 40 procent sporadisk PE. Som framgår av Tabell I anger drygt en tredjedel av dessa män manifesta personliga problem på grund av dysfunktionen, ytterligare drygt en tredjedel upplever sporadiska problem. Motsvarande siffror för kvinnliga partner är 38 respektive 41 procent. Ytterst få anser dock att sporadisk PE ofta ger dem problem.

Figur 1 visar att förekomsten av manifest PE i Sverige ökar efter 65 års ålder, men åldersberoende PE har också rapporterats. Utöver ett signifikant samband med ED är PE signifikant associerad med lågt sexuellt intresse/sexuell lust (Figur 3) och med kvinnlig sexuell dysfunktion [12]. Manifest (oddskvot, OR, 20,0; 95 procents konfidensintervall, CI, 3,6–100) eller sporadiskt förekommande (OR 7,8; 95 procents CI 1,4–4,0) PE utgör en väsentlig riskfaktor för kvinnors orgasmproblem.

Risikfaktorer. Olika somatiska korrelerat finns anekdotiskt beskrivna och olika hypoteser har lagts fram beträffande riskfaktorer för PE. Vid livslång PE har två studier [31, 32] föreslagit att genetiska faktorer spelar en roll, och även neurofysiologiska defekttillstånd, tex disinhibition av mediana preoptiska området (MPOA) eller nucleus paragiantocellularis (nPGi), har antagits som orsak. Endokrinologiskt har man



Figur 3. Förekomst av annan manlig eller kvinnlig dysfunktion när mannen har manifest prematur ejakulation hos sexuellt aktiva svenskar. Modifierad efter Fugl-Meyer et al [12].

funnit relativt hög leptinnivå vid PE. Behandling med SSRI-preparat minskade nivåerna, men i vilken omfattning leptinproduktionen är genetiskt orsakad och påverkar serotoninomsättningen är dock oklart [33, 34]. Det kan inte heller uteslutas att lokala faktorer i gonaderna har betydelse för PE.

Kronisk smärta i bäckenregionen och prostatit har i kliniska studier rapporterats vara vanligt vid PE [35]. Porst et al [36] har visat att män med PE oftare än män i allmänhet har artrit, kardiovaskulära sjukdomar eller allergier. PE har i flera kliniska rapporter visats vara relativt vanligt hos män med hypertyreoidism, och normalisering av hormonspegeln kan minska förekomsten av PE [37, 38]. En serie undersökningar från de senaste tio åren har visat att en otillfredsställande parrelation [39-41], hög förekomst av allmänna personliga problem [36, 40, 42], stress [36], depression [26, 36], låg självaktning och lågt självförtroende [42, 43] och ångest [26, 36, 43] är nära relaterade med PE liksom upplevd brist på intimitet [44].

Hypersensitivitet av glans penis har av en del ansetts som orsak till PE, vilket har lett till behandlingsförsök med lokal applikation av anestetika eller till användning av speciella krämer. Varken hos omskurna eller icke-omskurna män har hypersensitiviteten objektivt bekräftats, och behandlingsresultaten är mycket osäkra. I dag är PE ett tillstånd som behandlas med farmaka, psykoterapi eller bäst med en kombination av dessa. Den vanligaste farmakologiska behandlingen har under det senaste årtiondet varit SSRI, som antingen tagits före samlaget eller som daglig dosering. Ett mer selektivt korttidsverkande SSRI-preparat (dapoxetin) har nu framtagits för användning vid behov [45].

Retarderad ejakulation

Retarderad ejakulation (RE) kan definieras som oönskad försening av eller utebliven ejakulation vid sexuell aktivitet och är en ganska sällsynt förekommande sexuell dysfunktion. Det finns mycket få epidemiologiskt valida undersökningar av denna dysfunktion, och definitionerna är ofta olika. Dessutom rubriceras RE felaktigt under orgasmisk dysfunktion. I en översiktsartikel skiljer Waldinger et al [46] mellan livslång

och förvärvad RE. Livslång RE kan vara en neurobiologisk variant, men den centrala mekanismen är i stort sett okänd. Förvärvad RE som inkluderar retrograd ejakulation ska ses mot bakgrund av såväl psykologiska som somatiska faktorer. Globalt [13] förekommer hos 1-3 procent av 40-50-åriga män oförmåga att uppnå orgasm (definierad som synonym med retarderad ejakulation), och hos syd- och nordeuropeiska män är siffran 1,6 procent. Siffrorna för periodiskt utebliven orgasm är betydligt högre, med ett maximum i sydöstra Asien (13 procent) och ett minimum i Nordeuropa (4 procent). I Sverige har mindre än 3 procent av sexuellt aktiva män i 18-65-årsåldern men hela 10 procent av 66-74-åriga män manifest RE (Figur 1).

Sporadiskt förekommande RE har rapporterats av omkring en tredjedel av svenska män. Bland dem med manifest RE har cirka en tredjedel nedsatt sexuellt intresse/sexuell lust och nära 60 procent ED. Kvinnor upplever i samma utsträckning som män att partners RE ger dem egna problem (Tabell 1). Hälften av dessa kvinnor har nedsatt intresse/lust, en tredjedel insufficient vaginal lubrikation, över 40 procent orgasmisk dysfunktion och därtill har 19 procent dyspareuni [12]. Denna överensstämmelse mellan köns dysfunktioner kan mycket väl ses som en ålderseffekt.

Risikfaktorer. Flera orsaker är uppenbara. Tillstånd som leder till dysfunktionell tvärstrimmig bäckenbottenmuskulatur och till parasympatisk/sympatisk obalans i emissions-/ejakulationsmekanismerna med eller utan retrograd ejakulation, som tex diabetes mellitus, ryggmärgsskada, perifer neuropati, prostatasjukdomar och bäckenbottenkirurgi, är alla kända som möjliga orsaker till RE [47]. Obstruktion av ejakulatets passage, exempelvis i samband med lokala infektioner, är en annan tänkbar orsak. Forskning omkring orsaker till livslång RE finns knappt. I en epidemiologiska studie av finska tvillingar (33-43-åriga) har man dock [32] hävdad att genetiska faktorer inte har betydelse för RE.

Vid mätning av penis' omkrets och rigiditet under visuell sexuell stimulering (erotisk video) konstaterades [48] att män med RE hade både svagare erektioner och blev mindre sexuellt tända än förväntat. Det kan vare en delförklaring på det nära samband vi funnit mellan RE och erekttil dysfunktion.

Det har framhållits att RE ofta är ett symptom på psykologisk problematik, dvs psykogen inhibition av ejakulationsmekanismen. För närvarande finns dock inga (valida) orsaker beskrivna. Många hypoteser har satts upp som förklaring till psykogen RE. Faktorer i omgivningen (inte närmare definierade) är enligt Jern et al [32] vanliga vid RE.

Sandström [49] har i en liten serie av män med RE, diagnostiserade enligt KAPP (Karolinska Psychodynamic Profile) [50], funnit att männen karakteriseras av hög grad av alexitymi, svårigheter avseende fantasi och lekfullhet, problem att hantera aggressiva känslor, kontrollbehov och hämmad impuls kontroll. Överlag kan dock sägas att riskfaktorerna för RE är sparsamt beskrivna, och då i små kliniska serier; ingen evidensbaserande studie finns. Olika antidepressiva, särskilt klomipramin och SSRI-preparat, kan ge RE (och används därför ofta vid behandling av prematur ejakulation). I en liten klinisk serie av diabetiker [51] har man funnit att retrograd ejakulation kan behandlas med α -adrenergika, vilket också skulle gälla andra somatiskt inducerade tillstånd med RE. Även dopamin har nyligen föreslagits för behandling av retarderad ejakulation (dock ej vid retrograd).

Sammanfattningsvis har i Sverige många sexuellt aktiva män personliga problem på grund av manifest sexuell dys-

»Låg tillfredsställelse med familjelivet och med livet i sin helhet är två gånger vanligare om mannen har minskat intresse/minskad lust.««

funktion. Och det är inte bara en enkel fråga om sviktande potens. I själva verket är nedsatt sexuell intresse (oavsett ålder) mycket vanligare, och fram till omkring 50–65 års ålder gäller det även PE.

Kombinationer av dysfunktioner är vanliga och uppträder dessutom ofta samtidigt med den kvinnliga partners dysfunktion. Manlig sexuell dysfunktion ger ofta stora problem för den kvinnliga partnern. Dessvärre finns mycket få evidensbaserade studier som analyserat orsakssamband mellan mannens och kvinnans sexuella funktion. Det antas också att mörkertalet är stort då det gäller män som inte längre är sexuellt aktiva på grund av sin dysfunktion.

Om frågeformulär

I dag finns en relativt stor mängd frågeformulär som syftar till att förenkla den initiala diagnostiken av sexuell dysfunktion. Att använda frågeformulär i samband med undersökning och utredning av sexuell dysfunktion kan vara till hjälp för att identifiera patientens problem men räcker inte som enda diagnostiska instrument. I en del aggregerande frågeformulär (tex International index of erectile function, IIEF) [52]) sammanblandas dysfunktion per se med upplevelse av personliga problem på grund av dysfunktionen och med sexuell tillfredsställelse. Sedan länge är just IIEF etablerad, speciellt erektionsdomänen IIEF-5.

För identifiering av prematur ejakulation har relativt nyligen olika skalor beskrivits, tex Premature ejaculation diagnostic tool (PEDT) [53]. Dessa är sällan validerade i representativa befolkningsunderlag, däremot har de i regel visats ha god sensitivitet och responsivitet. Daker-White [54] har visat att en eller få frågor kan ge lika god upplysning om förekomst av enskilda sexuella dysfunktioner. För närvarande arbetar en internationell expertgrupp med att ta fram könspecifika enkla screeningformulär för identifiering av sexuell dysfunktion per se och personliga problem hos män och kvinnor. Formulären ska vara användbara i tex allmän praktik och kunna leda fram till att läkaren kan gå vidare med en mer detaljerad anamnes, eventuellt kompletterad med speciella dysfunktionsinriktade frågeformulär och utredningar.

I många specifikt funktions-/dysfunktionsorienterade instrument ingår en eller några frågor om tillfredsställelse. Andra frågeformulär, i regel ED-inriktade, är fokuserade på tillfredsställelse, tex Erectile dysfunction inventory of treatment satisfaction (EDITS) [55] och Treatment satisfaction scale (TSS) [56]. Att bara ha en enda övergripande fråga om sexuell tillfredsställelse är knappast av funktionsdiagnostiskt intresse, eftersom både mäns egna och partners dysfunktion så ofta sammanfaller.

Sexuell dysfunktion och livskvalitet

I H70-studien från Göteborg [57], där 70-åringar följts under en 30-årsperiod, har visats att så många som 95 procent av männen värderade sexualiteten som en positiv faktor i livet. Ganska självklart är tillfredsställelsen med sexuallivet låg vid förekomst av sexuell dysfunktion. Mycket få prevalensstudier av specifika sexuella dysfunktioner och problem i relation till sexuell tillfredsställelse har gjorts. I den svenska befolkningen är 56 procent av männen (18–74 år) tillfreds eller mycket tillfreds med sitt sexualliv, men den sexuella tillfredsställelsen är mycket lägre hos män med en dysfunktion och hos deras kvinnliga partner (Tabell I).

Lyckad behandling av ED med intrakavernös PGE1-injektion höjer patientens tillfredsställelse med sexualliv, parrelation och familjeliv markant [58]; detsamma gäller för behandling med PDE5-hämmare [59, 60]. Även hos män med PE är

»Än så länge söker det stora flertalet män och kvinnor med sexuella problem inte professionell hjälp.«

den sexuella tillfredsställelsen lägre än hos män utan dysfunktion [53, 61]. Vid allvarlig och/eller kronisk sjukdom påverkas, som tidigare nämnts, hela patientens livssituation, och parförhållandet är ett område där den nya livssituationen mycket tidigt sätter sina spår. När sexuallivet upplevs tillfredsställande stärker och stödjer sexualiteten identiteten, binder paret samman och är ett sätt att uttrycka emotioner och att kommunicera. Med andra ord: sexualitet handlar om mycket mer än sexuell aktivitet.

I Sverige är, för både män och kvinnor, låg tillfredsställelse med parförhållandet 2–4 gånger vanligare om mannen har minskat sexuell intresse/låg lust och/eller prematur ejakulation. Låg tillfredsställelse med familjelivet och med livet i sin helhet är två gånger vanligare om mannen har minskat intresse/minskad lust. Erektill dysfunktion, däremot, är främst associerad med kvinnans tillfredsställelse med familjelivet och livet i sin helhet. Manlig sexuell dysfunktion är således i hög grad en parproblematik, men sambanden mellan olika dysfunktioner (intra- och interpersonella) är ännu inte belysta i sådan omfattning att vi kan dra säkra slutsatser. Några få frågor om tillfredsställelse med olika livsdomäner (och den globala) skulle alltså med fördel kunna ingå i den sexualmedicinska anamnesen.

I de tidiga faserna av ett kroniskt/långvarigt sjukdoms- och behandlingsförlopp har sexualiteten ofta en sekundär roll, men förvånansvärt snart kommer många patienter och/eller deras partner att fundera på hur ett framtida sexualliv ska bli. I yngre ålder är det också vanligt med funderingar kring fertilitetsförmågan och att klara av föräldrarollen. Senare, i anpassningsfasen (coping), ska patienten och hans partner finna sig till rätta i en ny vardagssituation. Konsekvenserna av en sexuell dysfunktion, eller annan sexuell problematik, blir allt tydligare.

För att på bästa sätt hjälpa patienten/paret kan man tidigt i sjukdoms- och behandlingsförloppet signalera att det finns beredskap för att ta hand denna del av livet. Här ses ofta behov av information och stöd kring hur just den aktuella sjukdomen eller behandlingen påverkar sexualiteten. Det är naturligtvis också viktigt att tidigt förmedla att det finns goda behandlingsmöjligheter. I senare delen av patientomhändertagandet kan sexualmedicinsk differentialdiagnostik och behandling aktualiseras. För mer detaljerade beskrivningar av sexologiskt omhändertagande vid sjukdom och funktionsnedsättning se Lundberg [18c, d].

Vi ska inte heller förutsätta att patienten har ett heterosexuellt förhållande, och vi kan förvänta samma påverkan (egen sexuell dysfunktion och låg tillfredsställelse med sexualliv, parförhållande, familjeliv och livet i stort) hos partnern i en homosexuell relation. Den ensamstående mannens sexualitet ska inte heller glömmas bort. Han kan ha en sexuell dysfunktion och problem, precis som den som lever i en parrelation, och ett aktivt sexualliv behöver inte inkludera en partner. I själva verket har i en del undersökningar visats att ensamstående män har fler eller mer uttalade sexuella dysfunktioner än de som lever i parförhållande. En faktor här kan vara att sexuell dysfunktion avhåller en person från att söka, eller fortsätta, en parrelation.

Om mannen önskar ha en fast relation kan sexuell dysfunktion per se och problem ge onödiga svårigheter i mötet med en

annan person och till och med utgöra ett hinder för försök att närma sig en möjlig partner.

Om resurser för adekvat sexualmedicinskt omhändertagande fanns skulle sannolikt många män och kvinnor ha bättre livskvalitet, eftersom tillfredsställelsen med livet i sin helhet (QoL, quality of life) är nära associerad med tillfredsställelse med sexualliv, parförhållande och familjeliv.

Var söker man hjälp?

Än så länge söker det stora flertalet män och kvinnor med sexuella problem inte professionell hjälp [62]. En förklaring kan vara att möjligheterna för sådan hjälp är ytterst begränsade. Det är ofta svårt att som patient eller partner ta initiativ till samtal om den egna sexualiteten. Mörkertalet kring önskemål om behandling av sexuell dysfunktion och sexuella problem förmodas därför vara stort. Många män med sexuella problem söker information via nätet och särskilt de med erektil dysfunktion är ofta relativt välinformerade om farmakologiska behandlingsmöjligheter.

Det finns sedan många år tillbaka möjlighet till personlig telefonrådgivning, där tex RFSU och Centrum för andrologi och sexualmedicin vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge vänder sig till människor i hela Sverige. Telefonrådgivningen (ett 020-nummer) är öppen också för personal inom hälso- och sjukvård. Sett i europeiskt sammanhang är denna typ av personlig rådgivning en relativt stor verksam-

het, där i dag 14 länder samlas i organisationen European Sexual Health Alliance (ESHA).

Mycket få landstingsanknutna kliniker/mottagningar i Sverige har uttalad sexualmedicinsk inriktning, och detsamma gäller för privat verksamhet. När män med sexuell dysfunktion söker hjälp vänder de sig oftast till primärvården, urologiska eller andrologiska mottagningar [63]. Har man annan läkarkontakt, tex på grund av en kronisk eller allvarlig sjukdom/skada, ligger den vårdkontakten kanske närmast till hands.

På initiativ av European Society for Sexual Medicine (ESSM) har under 2007 en gemensam europeisk utbildning i sexualmedicin etablerats för specialistläkare. Några få länder (tex Tyskland och Frankrike) har sedan ett antal år denna typ av utbildning. Syftet är att dels skapa en gemensam kunskapsbas för läkare som befattar sig med sexuell problematik, dels stimulera till nationellt och internationellt samarbete [64]. En sexualmedicinsk division inom urologisektionen i European Union of Medical Specialists (UEMS) är på gång. Den sexualmedicinska divisionen är multidisciplinär och kommer att vara ansvarig för specialistutbildningen i sexualmedicin.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Har samarbetat i kliniska prövningar eller konsultverksamhet med Bayer Scheering, Jansen Cilag, Lilly och Pfizer.*

REFERENSER

- Abdo CH, Aftif-Abdo J, Otani F, Mackado AC. Sexual satisfaction among patients with erectile dysfunction treated with counselling, Sildenafil or both. *J Sex Med*. 2008;5:1720-6.
- Lewis R, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Definitions, classification, and epidemiology of sexual dysfunction. In: Lue T, et al, editors. *Sexual medicine. Sexual dysfunctions in men and women*. Paris: WHO Health Publications; 2004, p. 39-72.
- Fugl-Meyer AR, Fugl-Meyer KS. Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scand J Sexol*. 1999;2:79-105.
- Fugl-Meyer AR, Fugl-Meyer KS. Sexual disabilities are not singularities. *Int J Impotence Res*. 2002;14:487-93.
- Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40 to 80 years: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impotence Res*. 2005;17(1):39-57.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281:537-44.
- Enzlin P, Mathieu C, Van Den Bruel A, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2003;26:409-14.
- Lundberg PO, redaktör. *Sexologi*. Stockholm: Liber AB; 2002. a) Lundberg PO. Neurologiska sjukdomar och sexuell dysfunktion. p. 309-21. b) Lundberg PO. Läkemedel och sexualitet. p. 362-8. c) Fugl-Meyer KS, Fugl-Meyer AR. Sexologiskt omhändertagande vid kronisk somatisk sjukdom. p. 345-51. d) Fugl-Meyer KS. Samtalsbehandling vid nedsatt sexuell förmåga. p. 371-7.
- McMahon CG, Althof SE, Waldinger MD, Porst H, Dean J, Sharplip ID, et al. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: Report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) Ad Hoc committee for the definition of premature ejaculation. *J Sex Med*. 2008;5:1590-1606.
- Waldinger MD, Schweitzer DH. Changing paradigms from a historical DSM-III and IV view. Toward an evidence-based definition of premature ejaculation. Part II-proposal for DSM-V and ICD-11. *J Sex Med*. 2006;3:693-705.
- Guiliano F, Clément P. Serotonin and premature ejaculation: From physiology to patient management. *European Urology*. 2006;50:454-66.
- Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The premature ejaculation prevalence and attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *Eur Urol*. 2007;51:816-23.
- Patrick DL, Althof SE, Pryor JL, Rosen RC, Rowland DL, Fai Ho D, et al. Premature ejaculation: An observational study of men and their partners. *J Sex Med*. 2005;2:358-67.
- Waldinger MD, Schweitzer DH. Retarded ejaculation in men: an overview of psychological and neurobiological insights. *World J Urol*. 2005;23:76-81.
- Ralf DJ, Wylie KP. Ejaculatory disorders and sexual function. *BJU Int*. 2005;95:1181-6.
- Daker-White G. Reliable and valid self-report outcome measures in sexual (dys)function. A systematic review. *Arch Sex Behav*. 2002;31:197-209.
- Beckman N, Waern M, Gustafsson D, Skoog I. Secular trends in self-reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. *BMJ*. 2008;337:151-4.
- Fugl-Meyer KS, Stothard D, Belger M, Toll A, Berglund O, Eliasson T, et al. The effect of tadalafil on psychosocial outcomes in Swedish men with erectile distress: a multicentre, non-randomised, open-label clinical study. *Int J Clin Pract*. 2006;60:1386-93.
- Rowland D, Perleman M, Althof S, Barada J, McCullough A, Bull S, et al. Self-reported premature ejaculation and aspects of sexual functioning and satisfaction. *J Sex Med*. 2004;1:225-32.
- Dean J. Toward the establishment of a European Qualification in Sexual Medicine: The ESSM specialist training course, Oxford 2007. *J Sex Med*. 2007;4:1553-8.

Läsarkommentar

På lakartidningen.se kan du ge kommentarer i direkt anslutning till våra artiklar.

Utmanande saklig
Läkartidningen