

Noi opțiuni terapeutice în tratamentul disfuncțiilor sexuale

Conform Organizației mondiale a sănătății, sănătatea sexuală reprezintă o stare fizică, emoțională, mentală și socială de bine în relație cu sexualitatea și este un aspect central al vieții umane. Există bariere psihologice cu privire la adresabilitatea pacientului cu disfuncții sexuale. Disfuncția erectilă, scăderea libidoului și alte disfuncții sexuale pot fi simptomele unor boli cardiovasculare sau metabolice necunoscute de pacient. Conferința Națională de Medicina Sexualității, organizată sub egida Asociației pentru Medicina Sexualității din România (AMSR) a avut loc anul acesta la Poiana Brașov, în perioada 27-29 octombrie. Cea de-a XVII-a ediție a reunit medici urologi, endocrinologi, ginecologi, psihiatri, psihologi și medici de familie. Invitata din străinătate a fost dr. Mijal Luria (președinta Societății israeliene de medicina sexualității).

Cistita interstițială, cauză de dispareunie

Disfuncțiile sexuale pot fi prezente atât în cazul bărbaților, cât și al femeilor. În cadrul manifestării științifice a fost organizată o sesiune ce a cuprins lucrări ale unor specialiști în obstetrică-ginecologie. Despre cistita interstițială și dispareunie a vorbit dr. Ruxandra Albu. Diagnosticul acestei patologii este unul dificil, a subliniat dr. Albu, iar simptomatologia specifică acesteia cuprinde durere pelvină între vagin și anus, de cele mai multe ori cronică și asociată cu imperiozitate micțională, polakiurie și dispareunie. Etiologia este necunoscută, inițial crezându-se că ar avea origine psiho-genă. Una dintre ipotezele lansate în literatura de specialitate ar fi că există o alterare a permeabilității peretelui vezical, mucoasa vezicală fiind tapetată de glicozaminoglicani care au rolul de a proteja peretele urinar de toxicele urinare. 70% din persoanele afectate de cistita interstițială au acest strat deficitar. De asemenea, această patologie poate fi asociată unor boli autoimune precum poli-artrita reumatoidă sau lupusul eritematos sistemic. Ceea ce aduce la medic pacientele cu această boală este imperiozitatea urinară, atât diurnă, cât și nocturnă. Pot fi prezente peste opt micțiuni pe zi iar necesitatea de a urina este cvasipermanentă. Durerea este asemănătoare cu cea din infecția bacteriană, dar mult mai violentă, resimțită ca o arsură sau spasme, senzație de presiune, ce iradiază la nivelul întregului bazin, uneori chiar până în regiunea lombosacrată.

Criteriile de diagnostic cuprind prezența următoarelor modificări cistoscopice obligatorii: glomerurația mucoasei, ulcerice Hunner plus unul dintre următoarele simptome: cistalgia, imperiozitatea micțională. Disfuncția sexuală la aceste paciente apare din cauza prezenței dispareuniei, durerii pelvine, scăderii libidoului, incapacității de a atinge orgasmul. Îngrijitor este faptul că doar 20% din femei apelează la ajutor medical specializat.

Tratamentul este unul complex, incluzând modificări comportamentale, managementul stresului, jurnalul micțional, fizioterapie (manevre deconstrucționare) sau administrarea de antiinflamatoare nesteroidiene, amitriptilină, cimetidină, heparină, lidocaină etc. Administrarea de antibiotice pe termen lung, instilația de bacilii Calmette-Guérin sau administrarea de glucocorticoizi orali pe termen lung reprezintă o abordare greșită. Se pare că instilațiile intravezicale (cu lidocaină, bicarbonat sau heparină) pot determina remisiunea dispareuniei și pot diminua nicturia și ameliora simptomatologia.

Relația medic-pacient

Există o jenă în ceea ce privește discuția pacientului cu medicul despre disfuncțiile sexuale. Alături de disfuncția erectilă, alte afecțiuni medicale în topul subiectelor jenate sunt: patologia prostatică, incontinența urinară sau anală, depresia, dependența de alcool sau droguri, abuzul etc. Care sunt motivele pentru care pacientul nu se adresează medicului, cum putem trece de aceste bariere și opțiunile terapeutice disponibile la ora actuală au fost subiectele expuse de dr. Cătălin Belinski (președintele AMSR). De cele mai multe ori, medicii nu investighează gradul de satisfacție sexuală a pacienților lor. Acest lucru este explicat de faptul că educația medicală din România nu pregătește cadrele medicale pentru discuțiile despre sexuali-

tate, deschis și clar. De asemenea, lipsa de timp și convingerea că tratamentul disfuncțiilor sexuale este unul consumator de timp sunt alte motive pentru care în România acest subiect nu este abordat în cabinetul medical. Un studiu efectuat pe 1.893 de bărbați și 1.887 de femei, care a testat ipoteza că sexul ar fi una dintre cele mai importante priorități în viața unui cuplu, a arătat că aproximativ 50% din cupluri nu sunt complet satisfăcute. În plus, a subliniat dr. Belinski, o persoană satisfăcută din punct de vedere sexual va avea o satisfacție mai mare în viață, în general.

Un studiu ce a inclus bărbați din șapte țări (Brazilia, China, Italia, Japonia, Rusia, Taiwan, Turcia) a evaluat prin intermediul unui sondaj online obiceiurile sexuale, comportamentele, gradul de satisfacție legat de tratamentul bărbaților cu disfuncție erectilă în ultimele trei luni înainte de sondaj. Eșantionul pentru fiecare țară a fost de 250 de bărbați pentru Taiwan și 100 pentru Turcia. Sondajul a inclus 20 de întrebări, iar timpul acordat completării a fost de aproximativ zece minute. În cadrul chestionarului au fost evaluate următoarele: frecvența actului sexual, perioada de timp dintre administrarea medicației și consumul actului sexual, numărul de zile dintr-o lună în care pacientul își administrează medicația disfuncției erectile, planificarea actului sexual, nivelul de satisfacție în funcție de medicație. În cadrul acestui studiu, patru din cinci utilizatori ai medicației și-au planificat actul sexual întotdeauna sau uneori. 96% din cei aflați sub tratament aveau contact sexual într-un interval de până la patru ore de la administrare și în medie, aceștia aveau contacte sexuale de șase ori pe lună. În general, gradul de satisfacție general privind tratamentul era ridicat. În concluzie, tratamentul medicamentos al disfuncției erectile cu sildenafil îmbunătățește semnificativ calitatea vieții pacienților, iar acest preparat medicamentos ajută la tratamentul disfuncției erectile, indiferent de severitatea bolii sau de vârsta pacientului.

Artoplastia de șold și calitatea vieții sexuale

O prezentare interesantă a evidențiat clar situația actuală a pacienților cu diverse intervenții de ortopedie. Conf. dr. Răzvan Ene a prezentat un studiu efectuat pe un lot destul de mic, de 46 de pacienți, care au fost tratați chirurgical pentru coxartroză (prin artroplastie totală de șold). Prin acest studiu, echipa condusă de prof. dr. Cătălin Cîrstoiu a încercat să demonstreze că artroplastia totală de șold a determinat creșterea semnificativă a calității vieții. Coxartrozele secundare au un impact negativ asupra pacienților, atât din punct de vedere psihosocial, cât și sexual. Acestea se datorează limitării algice și mecanice în cazul mișcărilor articulației șoldului, având ca efect scăderea libidoului (secundar tratamentului farmacologic). Majoritatea pacienților acuză o tulburare a activității sexuale din cauza scăderii mobilității articulare, redorii progresive și accenturii durerii articulare în condițiile activității sexuale.

Studiul prezentat de conf. dr. Răzvan Ene a evidențiat prezența în lotul de studiu a unei proporții crescute de coxartroză secundară. Pentru evaluarea funcțională preoperatorie și post-artroplastie la trei, șase luni și un an s-a folosit scorul Harris Hip. La pacienții incluși în studiu, după intervenția chirurgicală, a fost recomandat decubitul dorsal pentru diminuarea riscului de luxație a protezei. După această intervenție, atâta timp cât sunt necesare cărjele, nu este cazul reluării vieții sexuale. Este importantă educația pacienților pentru a scădea complicațiile postoperatorii, a luxațiilor și reluarea activității sexuale normale.

Opțiuni de contracepție

Din același registru a fost și prezentarea susținută de dr. Oana Bodean despre sexualitate și contracepție. În prezent, există disponibile 12 metode contraceptive omologate. În ciuda acestora, România avea în anul 2012 cea mai mare rată de avort din Europa (aproximativ 480 de avorturi la 1.000 de nașteri, conform datelor OMS și Institutului Național de Statistică). Alte date dintr-un raport al Națiunilor Unite (2015) arată că 36,4% din femeile căsătorite sau aflate într-un cuplu stabil nu folosesc o metodă de contracepție. În ceea ce privește motivele întreruperii sarcinii, printre acestea se numără: situația materială precară, situația familială incertă, sarcina obținută cu un alt partener, sarcina nedorită de partener, pericolul poziției de la locul de muncă, sau un timp prea scurt între sarcini.

În România a fost instituit Programul național pentru sănătatea femeii și a copilului (2017-2018) și în cadrul acestuia Subprogramul de sănătate a femeii, care are ca obiective prevenirea sarcinilor prin creșterea accesului la servicii de planificare familială, prevenirea morbidității și mortalității materne prin creșterea accesului, cali-

tății, eficienței serviciilor medicale pentru gravide și lăuze, prevenția bolilor genetice și a sindromului de izominuzare Rh.

Este necesară educația sexuală și prevenția apariției sarcinilor nedorite și a avorturilor. În special în cazurile categoriilor sociale defavorizate, accesul dificil la informație și îngrijiri medicale predispon la aceste probleme. Sunt necesare programe naționale bine puse la punct și conștientizarea acestei probleme de autorități.

Educația sexuală și adolescența

Pubertatea și adolescența reprezintă perioada de creștere, dezvoltare și maturizare a organismului uman și perioada care marchează trecerea de la copilărie la vârsta adultă. În timpul acestei perioade a vieții se dezvoltă și comportamentul sexual. Este extrem de importantă educația sexuală a tinerilor, ne explică prof. dr. Monica Cîrstoiu. În prezentarea sa extrem de concisă a subliniat problemele întâlnite la adolescente. Conform statisticilor, anual, 13 milioane de copii se nasc din mame cu vârsta sub 20 de ani. De obicei, în majoritatea țărilor dezvoltate,



Prof. dr. Monica Cîrstoiu

adolescenta gravidă nu este căsătorită. În schimb, în țările aflate în curs de dezvoltare tinerele se căsătoresc încă din adolescență. În țara noastră situația este alarmantă. Peste 90.000 de adolescente au născut în perioada 2009-2012, iar dintre acestea, 3.000 aveau sub 15 ani. În anul 2012 au născut 12.073 de fete cu vârste cuprinse între 15 și 19 ani. Dintre acestea, 7.547 au ales să întrerupă sarcina. Dincolo de aceste sarcini nedorite care apar la vârste fragede, există o problemă de sănătate publică, cea a bolilor cu transmitere sexuală. În lipsa educației sexuale, majoritatea tinerelor își încep viața sexuală, nu se protejează și astfel apar sarcini nedorite și se pot îmbolnăvi.

Infecția cu *Chlamydia trachomatis* (cauză frecventă de infertilitate feminină) și infecția cu HPV (factor de risc pentru neoplasmul de col uterin) sunt alte probleme legate de viața sexuală a adolescentelor.

În afara educației tinerelor, subliniază Monica Cîrstoiu, este nevoie de consilierea părinților și a familiilor acestora. Ei au nevoie de suport pentru a asigura dezvoltarea normală a adolescentei. Exemplul altor țări europene ar trebui urmat în acest sens. De pildă, educația sexuală începe la vârsta de cinci ani în Anglia și Portugalia, la șase ani în Belgia, Franța, Grecia, Irlanda, la șapte ani în Cehia și Finlanda, la 14 ani în Italia, în timp ce în România aceste programe nu există. Problema trebuie conștientizată și aplicată măsurii la nivel național. Întreruperea de sarcină la adolescente este asociată cu un risc crescut de hemoragie, perforație uterină, complicații infecțioase, infertilitate secundară și deces. De asemenea, există un profund impact psihic și emoțional. Dacă sarcina nu este oprită din evoluție, apar multiple complicații obstetricale: naștere prematură, disproporție cefalo-pelvică, restricție de creștere intrauterină, preeclampsie, carențe metabolice, morbiditate și mortalitate perinatală crescută. Concluzia este că sexualitatea și educația sexuală a adolescentelor reprezintă o reală provocare pentru medicul obstetrician-ginecolog. Este necesară evaluarea individualizată și consilierea pacientei, precum și a familiei acestora.

Disfuncțiile sexuale feminine trebuie diferențiate

Conferința ESSM (European Society for Sexual Medicine) a fost susținută de dr. Mijal Luria. Președinta Societății israeliene de medicina sexualității, directoarea Centrului pentru sănătatea sexuală din Centrul medical „Hadassah Mt. Scopus”, dr. Luria face parte din comitetul director al Societății internaționale pentru studiul sănătății sexuale feminine. În cadrul conferinței naționale de medicina sexualității, ea a prezentat disfuncțiile sexuale feminine. Disfuncțiile sexuale dureroase – vaginismul, vulvodinia – pot fi dificil de diagnosticat și necesită un grad ridicat de suspiciune. Vaginismul și vulvodinia sunt două entități asemănătoare și trebuie diferențiate, obligatoriu. Vaginismul este definit prin prezența unor dificultăți persistente care împiedică penetrarea, deși pacienta nu se opune. Există o contracție involuntară a mușchilor pelvini, posibil o fobie. Etiologia nu a fost identificată în mod cert. Această disfuncție sexuală poate avea o componentă genetică sau poate fi rezultatul unei traume psihologice, o reacție psihologică născută din relațiile altor persoane etc.

Vulvodinia reprezintă disconfortul vulvar, cel mai adesea descris ca o senzație de arsură ce apare în absența unor cauze aparente. În

anul 2015 a fost stabilit un consens în ceea ce privește clasificarea durerii vulvare persistente și vulvodiniei. Durerea vulvară poate fi pusă în relație cu o cauză infecțioasă, inflamatorie, neoplazică, neurologică. Vulvodinia poate fi generalizată (provocată din diverse motive, spontană, sau mixtă) sau localizată (vestibulodinie, clitorodinie, hemivulvodinie etc). Mecanismul fiziopatologic are la bază stimularea receptorilor nociceptivi și este agravată de coexistența comorbidităților precum fibromialgie, cistită interstițială, sindromul de intestin iritabil. Factorii care pot fi asociați cu vulvodinia sunt: predispoziție genetică, factori hormonal, inflamație, factori psihosociali etc.

Dispareunia trebuie diferențiată de vaginism, element esențial pentru stabilirea unui diagnostic corect. Dispareunia se referă la durerea genito-pelvină, iar vaginismul este o tulburare de penetrare. Tratamentul durerii se poate realiza prin administrarea topică de gabapentin, amitriptilină 2%, lidocaină 5%, ketamină, estrogeni, testosteron. Tratamentul de linia a doua este reprezentat de toxina botulinică de tip A sau capsaicină. De asemenea, se poate realiza fizioterapia regiunii pelvine, care poate ameliora simptomatologia. Este important ca medicii ce tratează disfuncțiile sexuale să poată identifica factorii care au dus la apariția acestora, fie că este vorba de o cauză organică, fie psihosomatică.

Noutăți în tratamentul vezicii neurogene și al ejaculării precoce

Folosirea toxinei botulinice de tip A în tratamentul tulburărilor urinare de cauză neurologică a fost prezentată de dr. Andrei Manu-Marin. Au fost selectați 22 de pacienți cu diagnostic urodinamic de vezică neurogenă, cel puțin un episod de incontinență urinară în 24 de ore, consemnat într-un calendar micțional realizat pe două zile. Patru pacienți aveau scleroză multiplă iar 18 erau tetraplegici. Toți pacienții au beneficiat de terapie intravezicală cu toxina botulinică. Aceasta a fost injectată cistoscopic în mușchii detrusor în 30 de locuri diferite, evitând mușchii detrusor. Primul control, la trei luni, a inclus efectuarea unor teste urodinamice, iar parametrii urmăriti – volumul reflex și presiunea maximă în detrusor au fost îmbunătățiți. Episoadele de incontinență s-au redus semnificativ, iar 62% din cei incluși în studiu au fost complet continenți între sondaje. Dintre aceștia, 80% își doresc reinjectarea. Acest tip de tratament este util în cazul clinic, când administrarea medicației anticolinergice este ineficientă sau contraindicată. Toxina botulinică determină scăderea presiunii intravezicale atât la umplere, cât și la golire. De asemenea, se pot reduce sau elimina complet numărul de episoade de incontinență urinară. Reacții adverse majore nu au fost înregistrate, iar pacienții urmează să fie reevaluați și la șase luni.

Ejacularea precoce, conform definiției revizuite din 2013 a ISSM (International Society for Sexual Medicine), reprezintă ejacularea ce apare întotdeauna sau aproape întotdeauna înainte de sau în cel mult un minut de la penetrarea vaginală (ejaculare prematură „lifelong”) sau poate fi o modificare clinică supărătoare a timpului de latență vaginală, cel mai adesea cu o durată de trei minute sau mai puțin (ejaculare prematură dobândită). Factorii de risc asociați acestei afecțiuni, ne spune dr. Răzvan Bardan, sunt cei psiho-relaționali (probleme maritale sau de cuplu), endocrini (hipertiroidism), urologici (prostatita cronică, hiperplazia benignă de prostată), alte simptome sexuale (disfuncție erectilă, tulburări de dorință sexuală, disfuncții sexuale feminine). Ejacularea precoce și disfuncția erectilă fac parte dintr-un cerc vicios, iar cuplurile cu probleme de comunicare și relațiile pasagere sunt corelate cu un risc mai mare de asociere între disfuncția erectilă și ejacularea precoce.

Diagnosticul acestor afecțiuni presupune o anamneză minuțioasă care să includă detalii despre debutul acesteia, percepția asupra controlului ejaculării, frecvența contactelor sexuale, impactul psihologic, impactul asupra partenerilor și relației de cuplu și prezența altor disfuncții sexuale. Examenul clinic și testele de laborator (examenul microscopic al urinei post-ejaculare, nivelul testosteronului seric total și liber, nivelul hormonilor tiroidieni, prolactina, nivelul PSA, examenul bacteriologic). De asemenea, pot fi utilizate mai multe chestionare, printre care: Premature Ejaculation Profile (PEP), Index of Premature Ejaculation (IPE), Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT).

Tratamentul este unul complex și se realizează la mai multe niveluri. Se pot administra și inhibitori de recaptare selectivă a serotoninei sau dapoxetina. Dacă pacientul prezintă factori psihogeni sau probleme de cuplu, asocierea tratamentului medicamentos cu dapoxetina și consilierea psihologică poate avea șanse mari de succes. Alte opțiuni terapeutice complementare sunt: alfa-blocantele, antagoniștii

de oxitocină, modafinil, toxina botulinică, neuromodularea nervului median penian, circumcizia etc.

Subdiagnosticarea disfuncției erectile

Dr. Sorin Lupu a adus în atenția celor prezenți inhibitorii de fosfodiesterază 5 de generația a doua în tratamentul disfuncției erectile. În ceea ce privește doza, se recomandă titrarea până la atingerea dozei maxime tolerate, pentru că astfel crește eficacitatea tratamentului, dar și satisfacția pacientului. Cele mai frecvente cauze ale eșecului terapeutic sunt: o stimulare sexuală inadecvată, eșecul administrării dozei maxime tolerate, nerespectarea timpului recomandat între administrarea medicamentului și contactul sexual. În ciuda eficacității crescute, rata de renunțare la acești agenți farmacologici este extrem de ridicată, de peste 4% pe lună și de peste 50% pe an.

Disfuncția erectilă, definită ca „inabilitatea constantă sau recurentă a unui bărbat de a obține și/sau menține o erecție suficient de mult timp pentru a avea un act sexual satisfăcător” este o afecțiune destul de des întâlnită, dar subdiagnosticată. Doar unul din cinci bărbați cu disfuncție erectilă discută cu medicul despre această problemă. Este extrem de important screeningul, a subliniat dr. Cătălin Belinski, pentru că această afecțiune poate indica prezența unei boli subiacente: diabet zaharat, hipertensiune arterială, dislipidemie, boală arterială coronariană, depresie. În plus, secundar acesteia poate apărea anxietatea, reducerea stimei de sine, scăderea calității vieții și afectarea vieții de cuplu. Opțiunile terapeutice disponibile la momentul actual sunt multiple, dar ceea ce este foarte important este schimbarea stilului de viață. O alimentație sănătoasă, oprirea fumatului, reducerea sau limitarea consumului de alcool, scăderea în greutate și activitatea fizică regulată sunt extrem de importante.

Terapia psihosexuală poate fi utilizată ca atare sau în asociere cu alte strategii terapeutice. Educarea pacientului și a partenerului de viață este o componentă esențială a gestionării disfuncției erectile. Tratamentul de primă linie este reprezentat de administrarea orală de inhibitori de fosfodiesterază 5, apoi urmează dispozitivul cu vacuum sau inelul constrictor. Dispozitivele cu vacuum pentru erecție asigură o dilatare peniană pasivă, iar inelul constrictor ajută la menținerea erecției. Tratamentul de linia a doua este injectarea intracavernoză de alprostadil sau papaverină și fentolamină sau asocierea acestora trei. Complicațiile sunt destul de frecvente: durere locală în 50% din cazuri, apariția hematoamelor postinjectare, erecții prelungite în 5% din cazuri, fibroză în 2% din cazuri.

O prezentare interesantă a fost cea a dr. Vasile Coca despre tratamentul disfuncției erectile la un pacient diagnosticat cu hemocromatoză și diabet zaharat. Hemocromatoza primară (ereditară) prezintă următorul tablou clinic: letargie, slăbiciune, decolorarea pielii, durere abdominală cu sau fără hepatomegalie, dureri articulare, cardiomiopatie, diabet, ciroză hepatică etc. Hemocromatoza determină apariția hipogonadismului, ce are drept consecință disfuncția erectilă. De asemenea, această boală poate determina apariția diabetului zaharat, care duce la rândul său la apariția tulburărilor de dinamică sexuală. Pacientul doctorului Coca a fost tratat cu testosteron injectabil cu absorbție prelungită și alprostadil cu aplicare uretrală, acesta fiind nerespicient la inhibitorii de fosfodiesterază 5. Diagnosticul pacientului a fost de disfuncție erectilă pe fond de hemocromatoză esențială, complicată cu diabet zaharat, deci, disfuncțiile sexuale aveau o etiologie multifactorială. În hemocromatoză, patogeniza hipogonadismului este legată de tezurarea pituitară care va determina scăderea FSH, LH și apoi a GnRH. De asemenea, în această boală fierul se poate tezuriza și la nivel testicular și va determina scăderea testosteronului și a spermatogenezei. Evoluția pacientului sub tratamentul mai sus menționat a fost una favorabilă. În cazul disfuncției erectile, pentru o substituție corectă, este necesară și o evaluare endocrinologică.

Consultația de medicină sexuală ar trebui decontată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și inclusă în evaluarea pacientului. Sunt importante screeningul, depistarea precoce și un tratament corect al tulburărilor de dinamică sexuală. Trebuie aplicate chestionarele de specialitate pentru evaluarea funcției erectile, a calității vieții sexuale și respectarea ghidurilor de specialitate pentru un management eficient tuturor pacienților cu astfel de afecțiuni.

Dr. Roxana DUMITRIU