



Af Helle Gerbild, Kristina Areskoug-Josefsson & Christian Graugaard

Kontakt

hegerbild@health.sdu.dk

Biografi

Helle Gerbild er fysioterapeut, sundhedsfaglig kandidat, master i sexologi, lektor ved UCL og ph.d. studerende ved SDU.

Kristina Areskoug-Josefsson er fysioterapeut, ph.d. i seksuel sundhed og docent ved Jönköping University og ved Oslo Metropolitan University. Christian Graugaard er læge, ph.d. og professor i almen sexologi ved Sexologisk Forskningscenter, Klinisk Institut, Aalborg Universitet.

Når det gælder dialogen om seksuelle problemer i sundhedssektoren, hersker der et uheldigt "tovejs-tabu", som indebærer, at både behandleren og patienten forbigår følsomme emner. Denne artikel adresserer rejsningsproblemer hos mænd og beskriver mulige håndteringsstrategier.

Appetizer

Fysisk aktivitet kan afhjælpe rejsningsproblemer



RESUME: Mænd med rejsningsproblemer søger ofte rådgivning og hjælp i almen praksis. I ni ud af ti tilfælde er organiske faktorer hovedårsagen til erektil dysfunktion, og vaskulær insufficiens er en hyppig patogenetisk mekanisme. Arterielt betinget rejsningsbesvær er tæt associeret med patientens livsstil, og dialog om livsstilsfaktorer er derfor essentiel for at fremme den generelle såvel som den seksuelle sundhed. Regelmæssig fysisk aktivitet anbefales som en både forebyggende og terapeutisk foranstaltning, og denne artikel formidler viden om effekten af fysisk aktivitet på forbedring af rejsningsevnen hos mænd med vaskulært betingede rejsningsproblemer.

MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis

Erektile dysfunktion i almen praksis

Seksualitet er en væsentlig del af de fleste menneskers selvrapporterede trivsel, og et velfungerende intimt liv udgør en "raskhedsfaktor", som kan øge livskvalitet og understøtte mestring i tilfælde af sygdom, belastning og krise (1). Seksuelle problemer og dysfunktioner er udbredte, og det anslås, at omtrent hver niende seksuelt aktive dansker har oplevet en seksuel dysfunktion inden for det seneste år (1-3). Rejsningsproblemer er den hyppigst forekommende seksuelle udfordring hos mænd (4). Erektile dysfunktion (ED) defineres som vedvarende eller tilbagevendende problemer med at opnå og/eller vedligeholde en erektion, der er tilstrækkelig til at gennemføre tilfredsstillende seksuel aktivitet (4-6). ED påvirker i mange tilfælde mandens trivsel og livskvalitet negativt, og tilstanden er associeret med manglende selvværd, mistro og depression (4, 7, 8). Desuden ser man hos ældre heteroseksuelle par, at man-

dens erektilfunktion er afgørende for, hvorvidt og hvor længe parret fortsætter med at være seksuelt aktive (4, 8).

Når det gælder dialogen om seksuelle problemer i sundhedssektoren, hersker der imidlertid et uheldigt "tovejstabu", som indebærer, at både behandleren og patienten forbigår det følsomme emne. I et dansk studie fra almen praksis så man således, at rejsningsproblemer var udbredte, men at kun hver tiende patient havde drøftet sagen med sin egen læge (1). Der er dog god evidens for, at syge mennesker ønsker dialog med sundhedsprofessionelle om seksuelle emner, og at de forventer, at deres behandler tager initiativet til at bryde isen (1, 9). Det er derfor relevant at inddrage spørgsmål om seksualitet i konsultations-samtalen – ikke mindst hos mænd med livsstilsudfordringer med eller uden begyndende erektilproblemer.

Rejsningsproblemer og nedsat nat- og morgenrejsning kan være et symptom på vaskulær sygdom, og den svigtende rejsning kan repræsentere et tidligt tegn på livsstilsrelaterede helbredsproblemer hos mænd (4, 8). Rent fysiologisk udgør rejsning et komplekst nerurovaskulært samspil, som forudsætter intakt parasympatisk innervation af de glatte muskelceller i og omkring corpora cavernosa, intakt karforsyning samt intakt endotelfunktion (7, 8). Kun herved sikres en funktionel hæmodynamisk proces med øget arterielt tilløb og aflukning af det venøse tilbageløb (4). Livsstilsfaktorer kan påvirke den seksuelle funktion på flere niveauer, og effekterne kan være både positive og negative: Ligesom usund livsstil øger risikoen for seksuel dysfunktion hos både mænd og kvinder, kan sunde livsstilsvaner beskytte mod seksuelle problemer (2). Der er således god evidens for, at rygestop, kostomlægning/vægttab og øget fysisk aktivitet kan nedsætte risikoen for rejsningsproblemer og desuden reducere deres omfang, når først de er opstået (2). Livsstilsinterventioner kan dermed være virksomme i både forebyggelsen og behandlingen af erektil dysfunktion (2, 4, 8). Af samme grund er det i almen praksis relevant at spørge til rejsningsfunktionen (herunder morgenrejsning) i forbindelse med drøftelse af mandlige patienters livsstil (8).

I denne artikel præsenteres systematisk indsamlet viden om fysisk aktivitet som terapeutisk strategi ved arterielt betingede rejsningsproblemer. Artiklen kommer med et kvalificeret bud på den mængde, intensitet, frekvens og varighed af fysisk træning, der skal til, for at en positiv behandlingseffekt kan forventes. Endelig diskuteres det, hvordan læger og fysioterapeuter i primærsektoren kan samarbejde om at tilbyde mænd med erektilproblemer et individuelt tilrettelagt behandlingsprogram med superviseret fysisk aktivitet.



Foto 1 /

Med henblik på at kunne give patienten konkrete anbefalinger til træningsprogrammets form, intensitet, frekvens og varighed, er der behov for at kende hans konditionshistorie og aktuelle fysiske niveau

Foto: Colourbox

Arterielt betinget erektil dysfunktion

Selvom rejsningsproblemer altid må forstås og udredes bio-psyko-socialt (2), anslås det, at erektil dysfunktion kun i ca. 10 % af tilfældene har en rent psykosocial årsag (fx præstationsangst, parforholdskonflikter og depression), hvorimod 90 % er udløst af organiske faktorer (fx somatisk sygdom og behandlingsbivirkninger) (7). Den hyppigste årsag til organisk betinget ED er hjerte-kar-sygdom, især metabolisk syndrom og arteriosklerose (7, 8). Epidemiologiske studier viser, at der blandt mænd med kardiovaskulære risikofaktorer ses en øget forekomst af ED (8). Forekomsten af ED vurderes således at være ca. 23 % for fysisk inaktive mænd under 40 år, ca. 23-40 % for overvægtige mænd (4, 10, 11), ca. 44 % for mænd med behandlet hypertension (4, 10), ca. 41-51 % for mænd med metabolisk syndrom (12) og ca. 50-75 % for mænd med manifest hjerte-kar-sygdom (4, 10).



Rejsningsproblemer og nedsat nat- og morgenrejsning kan være et symptom på vaskulær sygdom, og den svigtende rejsning kan være et tidligt tegn på livsstilsrelaterede helbredsproblemer hos mænd

Forekomsten af arteriel ED stiger med antallet af risikofaktorer (4, 8), og den basale patogenetiske mekanisme menes at være endotelial inflammation med forstyrret produktion af det vasoaktive stof nitrogenoxid (NO) (4, 8). NO frigivet fra endotel eller parasympatiske nerveender medierer den vaskulære komponent af seksuel ophidselse: Relaxation af de glatte muskelceller i arteriolevæggen med deraf følgende blodfyldning af svulmelegemerne (4, 8). Arterielt betinget ED er således forårsaget af forskellige grader af arteriel dysfunktion – fra begyndende endotelskade til manifesteret arteriosklerose med generaliserede iskæmi-symptomer.

Boks 1 /

Hypigheden af arterielt betinget rejsningsbesvær ved forskellige tilstande.

- | |
|-----------------------------------|
| • Fysisk inaktivitet: ca. 25 % |
| • Overvægt: ca. 25-40 % |
| • Hypertension: ca. 44 % |
| • Metabolisk syndrom: ca. 41-51 % |
| • Hjerte-kar-sygdom: ca. 50-75 % |

Diagnostik af arterielle rejsningsproblemer

Arteriel ED er karakteriseret ved, at patienten oplever seksuel lyst, men en gradvis nedsættelse af erektionsfunktionen, herunder svækket nat- og morgenrejsning (5). Der kan være (men er langt fra altid) systemiske symptomer på arteriosklerose. Ved mistanke om arteriel ED er det vigtigt at afklare følgende spørgsmål: Hvornår og hvordan begyndte problemet (pludseligt indsættende ED taler for psykosocial genese)? Hvor udtalt er det? Hvor ofte optræder det? Er det situationsbestemt (rejsningsproblemer ved onani og svækket morgenrejsning taler for organisk genese) (5)? Diagnostisk set kan måleredskabet *International Index of Erectile Function* (IIEF/IIEF5) eventuelt være til hjælp i den kliniske vurdering (8, 13, 14). IIEF er internationalt anerkendt og valideret, og det kan anbefales til at vurdere graden af ED, ligesom det kan bruges i opfølgningen af en igangsat behandlingsintervention (7).

Er den mandlige ED-patient karakteriseret ved livsstilsrelaterede risikofaktorer som rygning (4, 8), fysisk inaktivitet (4, 5, 10), BMI >30 (11), livvidde >102 cm (15) eller forhøjet blodtryk (4, 8, 10), øges sandsynligheden for, at der er tale om arterielt betinget ED. Også effekt af perorale PDE5-hæmmere understøtter diagnosen. Medicinsk behandling har rent symptomlindrende effekt og genskaber kun midlertidigt den

erektil funktion (4, 7, 8) uden at have kurativ effekt på den endoteliale/arterielle dysfunktion (4). For at behandle selve årsagen til arterielt betinget ED er livsstilsforandringer nødvendige (4).

Boks 2 /

Den karakteristiske kliniske præsentation af arterielt betinget rejsningsbesvær.

• Patienten beskriver gradvis og fremadskridende nedsættelse af rejsningsevnen.
• Problemet er generelt (findes også ved onani), og der ses svigtende nat- og morgenrejsninger.
• Rygning, fysisk inaktivitet, BMI >30, livvidde >102 cm, forhøjet blodtryk og metabolisk syndrom taler for vaskulær genese.
• Der ses ingen psykosociale eller iatrogene belastninger i anamnesen.
• Der kan ses systemiske symptomer på generaliseret arteriosklerose.
• Der er ofte effekt af perorale PDE5-hæmmere.

Fysisk aktivitet som behandling af arterielle rejsningsproblemer

Fysisk aktivitet er den livsstilsfaktor, som er stærkest korreleret med erektil funktion, og det er derfor også den faktor med størst potentiale til at reducere arterielt betinget ED (4, 10, 11). Regelmæssig fysisk aktivitet af moderat til høj intensitet er associeret med vaskulær sundhed og lavere risiko for udvikling af ED (4, 11). Den beskyttende effekt af fysisk aktivitet gør sig også gældende også hos mænd med konkurrerende kardiovaskulære risikofaktorer som overvægt, dyslipidæmi, hypertension og/eller metabolisk syndrom (4). Fysisk aktivitet giver forbedret endotelial funktion og fremmer den vaskulære produktion af NO (4).

Gentagne interventionsstudier har samstemmende vist, at hyppig fysisk aktivitet fremmer den erektile funktion signifikant (2, 4, 11). Et nyere dansk-svensk review af den internationale forskningslitteratur har undersøgt, hvor meget fysisk aktivitet der skal til for at forbedre den erektile funktion hos mænd med rejsningsproblemer forårsaget af fysisk inaktivitet, overvægt, hypertension, metabolisk syndrom og/eller manifest hjerte-kar-sygdom. Studiet konkluderer, at den fysiske aktivitet skal bestå af superviseret aerob træning af moderat til høj intensitet i 40 minutter fire gange om ugen gennem mindst seks måneder (4).

Aerob fysisk aktivitet er karakteriseret ved øget puls og respirationsfrekvens og kan eksempelvis bestå af gymnastik, dans, raske gåture, stavgang, jogging, løb, cykling, svømning, golf, fodbold, håndbold, tennis, bordtennis og badminton. Fysisk aktivitet af høj intensitet indebærer, at man får varmen, bliver rød i hovedet, sveder og har svært

ved at tale i lange sætninger. At træningen er superviseret indebærer, at patienten modtager individuel vejledning om træningens kvalitet og kvantitet, regelmæssig opfølgning samt løbende anbefalinger til progression. Formålet med supervisionen er, at patienten på egen hånd opnår det anbefalede fysiske aktivitetsniveau.

Den intervention, der med fordel kan anbefales til mandlige patienter med (truende) arterielt betinget ED, er altså *seks måneder med 160 minutters aerob fysisk aktivitet ugentligt (4)*. Interventionen bør naturligvis ses som begyndelsen til en mere permanent livsstilsanering, og man må forvente, at dens effekt kun øges af samtidige kostændringer og rygestop. For mange mandlige patienter med livsstilsrelaterede risikofaktorer er rejsningsproblemer som nævnt kun det første tegn på generaliseret vaskulær sygdom, og udsigten til en genoprettet seksualfunktion kan uden tvivl være en stærkt motiverende faktor for livsstilsændringer.

Boks 3 /

Fysisk aktivitet, der anbefales mod vaskulært betingede rejsningsproblemer.

- Form: superviseret aerob fysisk aktivitet
- Intensitet: moderat til høj
- Frekvens: 40 minutter fire gange om ugen
- Varighed: minimum seks måneder

Implikationer for almen praksis

At spørge til rejsningsproblemer hos mænd, der er fysisk inaktive, overvægtige, har forhøjet blodtryk, metabolisk syndrom og/eller manifest hjerte-kar-sygdom vil give mulighed for at adressere et følsomt emne, der har betydning for de fleste patienter. Desuden kan rejsningsproblemer være en god anledning til dialog med den mandlige patient om betydningen af KRAM-faktorer for den almene og seksuelle sundhed – og problemerne kan være en motiverende faktor i patientens beslutninger om sundhedsrelaterede livsstilsomlægninger.

Med henblik på at kunne give patienten konkrete anbefalinger til træningsprogrammets type og intensitet er der behov for at kende hans konditionshistorie og aktuelle fysiske niveau. Da fysioterapeuter har specifikke kompetencer til at vurdere patienters konditionsniveau og træningspotentiale og desuden er uddannede til at supervisere en struktureret træningsintervention, er et tværfagligt samarbejde oplagt. I fællesskab repræsenterer alment praktiserende læger og fysioterapeuter

en god og effektiv behandlingsmulighed for de mange mænd, som lider af livsstilsbetingede rejsningsproblemer, der er tilgængelige for ikke-medikamentel og noninvasiv behandling. ●

Boks 4 /

Eksempler på aerobe fysiske aktiviteter.

- Holdaktiviteter: gymnastik, fodbold, håndbold.
- Paraktiviteter: dans, bordtennis, badminton, tennis.
- Aktiviteter, der kan dyrkes både individuelt og i grupper: raske gåture, stavgang, jogging, løb, cykling, svømning, golf.
- Fysisk aktivitet af høj intensitet indebærer, at man bliver rød i hovedet, får varmen og sveder, at åndedrættet bliver dybere og hurtigere, og at man har svært ved at tale i lange sætninger.

LITTERATUR

1. Graugaard C. Seksualitet i almen praksis. Månedsskrift for Almen Praksis 2012;90(1):64-73.
2. Graugaard C, Pedersen BK, Frisch M. Seksualitet og sundhed. København: Vidensråd for Forebyggelse, 2015.
3. Christensen BS, Grønbæk M, Osler M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. Arch.Sex.Behav. 2011 Feb;40(1):121-32.
4. Gerbild H, Larsen CM, Graugaard C, Areskoug Josefsson K. Physical Activity to Improve Erectile Function: A Systematic Review of Intervention Studies. Sex.Med. 2018 Jun;6(2):75-89.
5. Sundhed.dk. Impotens, rejsningsbesvær. 2018; Available at: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/mandlige-koensorganer/symptomer-og-tegn/impotens-rejsningsbesvaer/>. Accessed 8, 2018.
6. Kirana PS, Tripodi F, Reisman Y, Porst H. The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology. 2nd ed. Amsterdam: Medix Publishers; 2013.
7. Giraldo A, Jensen CFS. Behandling af erektil dysfunktion i almen praksis. Rationel Farmakoterapi 2017;2017(10):1-4.
8. Fode M, Sønksen J. Erektile dysfunktion kan fungere som prædiktør for kardiovaskulær sygdom. Ugeskrift for Læger online 2014 7. marts.
9. Graugaard C, Møhl B. Sygdom og seksualitet i praksis. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 2007;85(1):43-53.
10. Selvin E, Burnett AL, Platz EA. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in the US. Am.J.Med. 2007 Feb;120(2):151-57.
11. Khoo J, Tian HH, Tan B, Chew K, Ng CS, Leong D et al. Comparing effects of low- and high-volume moderate-intensity exercise on sexual function and testosterone in obese men. J.Sex.Med. 2013 Jul;10(7):1823-32.
12. Aars H. Menns seksualitet. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2011.
13. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology 1997 Jun;49(6):822-30.
14. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Pena BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. Int.J.Impot.Res. 1999 Dec;11(6):319-26.
15. Janiszewski PM, Janssen I, Ross R. Abdominal obesity and physical inactivity are associated with erectile dysfunction independent of body mass index. J.Sex.Med. 2009 Jul;6(7):1990-98.