

ZABURZENIA LIBIDO I EREKCJI Z UWZGLĘDNIENIEM PRZYCZYN ENDOKRYNOLOGICZNYCH

LIBIDO AND ERECTILE DYSFUNCTION INCLUDING ENDOCRINE CAUSES

Grażyna Jarząbek-Bielecka¹, Małgorzata Mizgier², Karolina Andrzejak³, Milena Guszczyńska-Losy¹, Magdalena Pisarska-Krawczyk^{4,5}, Maciej Wilczak^{4,5}, Witold Kędzia¹, Stefan Sajdak³

¹Klinika Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

²Zakład Dietetyki, Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu

³Klinika Ginekologii Operacyjnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

⁴Katedra Zdrowia Matki i Dziecka Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

⁵PWSZ Kalisz

⁶Katedra i Zakład Edukacji Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.40>

STRESZCZENIE

Zaburzenia libido i erekcji stanowią istotną grupę problemów w seksuologii, ściśle związanych z innymi dziedzinami medycyny.

Hypolibidemia (czy alibidemia), czyli obniżenie libido (czy brak libido), oznacza odpowiednio osłabienie lub brak popędu seksualnego. Zaburzenia erekcji wiążą się ze stałą lub nawracającą niemożnością osiągnięcia i/lub utrzymania przez mężczyznę wzdrodu w stopniu wystarczającym do zadowalającej aktywności seksualnej.

Do zaburzeń libido i erekcji dochodzi z przyczyn zarówno psychogennych, jak i somatycznych. Wśród przyczyn somatycznych szczególną uwagę zwrócono na endokrynopatie. Podkreślono, że zazwyczaj przyczyny zaburzeń funkcji seksualnych, w tym libido i erekcji, są złożone, często mają komponentę zarówno somatyczną, jak i psychogenną.

Słowa kluczowe: zaburzenia erekcji, zaburzenia libido, hypolibidemia.

ABSTRACT

Libido and erectile dysfunction are an important group of problems in sexology, closely related to other areas of medicine. Hypolibidemia (or alibidemia) or lowering libido (or lack of libido) means weakness – lack of sexual drive. Erectile dysfunction is associated with persistent or recurrent inability to achieve and/or maintain an erection by a male to an insufficient degree of satisfactory sexual activity.

Libido and erectile dysfunction occurs due to both psychogenic and somatic reasons. Among the somatic reasons, special attention was paid to endocrinopathy. It was stressed that the causes of sexual dysfunction, including libido and erection, are usually complex. They have often both a somatic and psychogenic component.

Keywords: erectile dysfunction, libido disorder, hypolibidemia.

Hypolibidemia (czy alibidemia) czyli obniżenie libido (czy brak libido) oznacza odpowiednio osłabienie – brak popędu seksualnego niespowodowane chwilowym stresem lub zmęczeniem. Przyczynami tego stanu są problemy natury psychicznej oraz nieprawidłowości somatyczne – często zaburzenia hormonalne. Według danych z piśmiennictwa 20–30% mężczyzn ma różnego typu zaburzenia seksualne ze szczególnym podkreśleniem zaburzeń erekcji. Świadomość zaburzeń wzdrodu może skutkować u mężczyzn brakiem ochoty na seks.

Zaburzenia erekcji objawiają się o brakiem stwardnienia prącia, bądź też jego usztywnieniu niedostatecznym, co uniemożliwia odbycie stosunku seksualnego.

Należy podkreślić, że jest to problem partnerski, bo chociaż bezpośrednio dotyka on mężczyzn, pośrednio dotyczy także kobiet jako partnerek mężczyzn z tymi zaburzeniami. Zaburzenia erekcji mają niekiedy bardzo poważne skutki:

- Poczucie winy u mężczyzn związane z niemożnością zaspokojenia partnerki.
- Obniżenie poczucia własnej wartości.
- Depresja.
- Konflikt partnerski, a nawet rozwód.
- Próby samobójcze.
- Problemy w komunikowaniu się pomiędzy partnerami (mężczyzna często nie chce się przyznać do

swojego problemu, unika kontaktów seksualnych, kobieta może czuć się odrzucona i sądzić, że jej partner już jej nie kocha, albo „ma inną”).

- Rozdrażnienie, problemy w kontaktach międzyludzkich, niekiedy zamykanie się w sobie u przedstawicieli „tej brzydszej” płci [1, 2].

Wyróżnia się pierwotne i wtórne zaburzenia erekcji. Pierwotne są chroniczną dysfunkcją seksualną dotyczącą mężczyzn, którzy nigdy nie osiągnęli potencji z kobietą [3, 4]. Druga jest formą łżejszą, występuje po okresie prawidłowego funkcjonowania seksualnego.

Poza prostym podziałem na pierwotne i wtórne zaburzenia erekcji, należy wyodrębnić sytuacje gdy:

- Erekcja w ogóle nie występuje.
- Ma miejsce tylko częściowy, niepełny wzwód prąca.
- Erekcja występuje tylko, jeśli kontakt seksualny nie jest przewidywany.
- Wzwód pojawia się we wstępnej fazie gry miłosnej, ale zanika lub zmniejsza się przy próbie podjęcia stosunku.

Przyczyn zaburzeń erekcji może być wiele, wynikać one mogą zarówno z czynników psychogennych jak i somatycznych – często zaburzenia erekcji wynikają z kilku czynników naraz.

Charakterystyczne cechy typowo psychogennych zaburzeń erekcji to nagły początek objawów oraz utrzymywanie się nocnych erekcji, co wskazuje, że fizjologiczne i anatomiczne mechanizmy wzwodu są zachowane.

Do psychogennych przyczyn zaburzeń erekcji należą:

- Stany nadmiernego stresu i niepokoju np. utrata pracy.
- Depresja.
- Lęk przed niepowodzeniem odbycia kontaktu seksualnego.
- Problemy w związku (nie muszą one jednak dotyczyć sfery seksualnej, mogą to być kłopoty rodzinne, czy też finansowe).
- Niezdolność mężczyzny do całkowitego oddania się własnym przeżyciom erotycznym.
- Strach przed opuszczeniem przez partnerkę.
- Niska samoocena własnych predyspozycji seksualnych.
- Silne naciski i powtarzające się żądania seksualne ze strony kobiet.
- Brak edukacji seksualnej, niewłaściwa edukacja seksualna.
- Patologiczne środowisko rodzinne, rygorizm wychowawczy.

- Trauma z dzieciństwa.
- Nadmierny rygorizm religijny.
- Kryzys męskości.

Do przyczyn somatycznych zaburzeń erekcji należą:

- Pierwotne anomalie narządów płciowych (np. spodziectwo, czy stulejka).
- Wtórne zmiany narządów płciowych (np. na skutek urazu lub pooperacyjne).
- Choroby zapalne narządów płciowych (np. zapalenie żołądki).
- Osłabiające choroby ogólnoustrojowe.
- Problemy z wątrobą.
- Choroby neurologiczne: stwardnienie rozsiane lub niektóre rodzaje nowotworów, urazy rdzenia kręgowego, zapalenie opon mózgowych).
- Użytki (narkotyki, alkohol, papierosy).
- Choroby serca i układu krążenia (niewydolność mięśnia sercowego, miażdżyca, podwyższony poziom cholesterolu).
- Zażywanie niektórych leków psychotropowych, przeciwnadciśnieniowych, diuretycznych, przeciwparkinsonowych, lub przeciwnowotworowych).
- Stosowanie steroidowych środków dopingujących).
- Endokrynopatie.

Do najczęstszych endokrynologicznych przyczyn zaburzeń erekcji należą hipogonadyzm, cukrzyca, choroby tarczycy (zarówno jej nadczynność, jak i niedoczynność) oraz hyperprolaktynemię – np. guzy wydzielające prolaktynę [2, 3, 4, 5, 6].

Hipogonadyzm jako defekt gonad może powstać w różnym okresie życia – płodowym, przedpokwitaniowym, popokwitaniowym, a także w okresie przekwitania – u mężczyzn jest przyczyną zaburzeń seksualnych w tym zaburzeń erekcji. W takich sytuacjach konieczne jest leczenie hormonalne. Jest ono częściej i powszechniej stosowane i akceptowane. Podkreśla się, że długotrwały niedobór męskich hormonów płciowych występujący w różnych postaciach hipogonadyzmu nie tylko pogarsza jakość życia, ale też ewidentnie przyczynia się do jego skrócenia.

Prolaktyna odgrywa istotną rolę w życiu seksualnym mężczyzn. Mechanizm działania tego hormonu nie został jednak do końca wyjaśniony i wymaga dalszych badań. Hyperprolaktynemia, niezależnie od swej etiologii (w następstwie stosowania leków, w wyniku jej autonomicznego wydzielania) prowadzi do: obniżenia libido, osłabienia aktywności seksualnej oraz wydłużenia czasu do osiągnięcia pobudzenia i orgazmu.

Stwierdzono, że hiperprolaktynemia powoduje obniżanie stężenia testosteronu u mężczyzn. Wykazano, że szczególnie ciężka hiperprolaktynemia, często związana z guzem przysadki, wpływa negatywnie na funkcje seksualne, upośledzenie popędu seksualnego, produkcję testosteronu.

To za sprawą niewystarczającego stężenia tego ostatniego hormonu pojawiają się problemy z erekcją.

Pojawiają się dowody wskazujące, że nadczynność tarczycy powiązana jest ze zwiększonym ryzykiem przedwczesnego wytrysku i może być związana z zaburzeniami erekcji. Z kolei niedoczynność tarczycy w dużej mierze wpływa na popęd seksualny i upośledza wytrysk. Jednakże realna częstotliwość zaburzenia pracy tarczycy u pacjentów z zaburzeniami seksualnymi wymaga wnikliwej analizy [2, 6].

Zaburzenia hormonów tarczycy zatem-tak nadmiar, jak i niedobór także są przyczynami zaburzeń seksualnych.

Istnieją też obserwacje dotyczące sfery seksualnej osób z akromegalią. Powszechne występowanie zaburzeń erekcji i zmniejszenie libido jest typowe u pacjentów z akromegalią; jednak nadal kwestią sporną jest czy nadmiar hormonu wzrostu może dać taki efekt ze względu na bezpośrednią nadprodukcję hormonu wzrostu/insulino-podobnego czynnika wzrostu, czy też wynika to z przysadkowego efektu masy na komórki gonadotropinowe, co prowadzi do niedoczynności gonad.

Mimo iż DHEA i jego siarczany były stosowane w szerokim zakresie zaburzeń biologicznych, kontrolowane badania wskazały że zastosowanie DHEA nie jest przydatne w poprawianiu funkcji seksualnych [2].

Analizując zaburzenia somatyczne upośledzające erekcję warto przytoczyć Stanleya E. Althofa, który powołuje się na poglądy Acermana i Careya, że przypadki problemów ze wzrodem o podłożu czysto psychicznym bądź czysto organicznym należą raczej do wyjątków. Zaznaczenia wymaga fakt, że wymienione wcześniej czynniki mogą, ale nie muszą powodować problemów z potencją (każdy przypadek jest inny i trzeba go rozpatrywać indywidualnie). Według Althofa zaburzenia erekcji mogą spełniać różne funkcje – na przykład maskować problemy związane z preferencjami seksualnymi, skłonności homoseksualne, brak pożądania wobec partnerki lub nawet kłopoty z identyfikacją płci [4].

Czynnikami, którego rolę podejmowano niezmiennie we wszystkich badaniach, wyciągając analogiczne wnioski co do zwiększenia ryzyka wystąpienia zaburzeń wzrodu, był wiek.

Wiąże się to między innymi z narastaniem liczby kolejnych czynników ryzyka wraz ze starzeniem się organizmu

i czasem działania tych czynników na układ sercowo-naczyniowy. Wpływ na nasilenie się zaburzeń erekcji w starszym wieku może wywierać również częściowy niedobór androgenów – PADAM (ang. Partial Androgen Deficiency in Aging Male).

Podkreśla się znacznie czynniki ryzyka choroby sercowo-naczyniowej na zaburzenia wzrodu oraz znaczenie predyspozycji osobniczych związanych z typem osobowości w jednym i drugim schorzeniu [3, 4, 5, 6].

Wśród przyczyn somatycznych zaburzeń erekcji szczególnie miejsce zajmuje, jak wspomniano cukrzyca.

W cukrzycy zaburzeniu ulegają wszystkie fazy reakcji seksualnej, szczególnie faza orgazmu zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. Cukrzyca będąca wynikiem nieprawidłowego metabolizmu glukozy stanowi jedna z najczęstszych endokrynopatii. Cukrzyca powoduje zwiększone stężenia glukozy i glikację szeregu substancji warunkujących zachowanie homeostazy wewnątrzustrojowej. Skutkiem tego dochodzi do wielu powikłań narządowych oraz zaburzeń w funkcji seksualnych ze szczególnym wskazaniem na upośledzenie mechanizmów erekcyjnych.

Wskutek cukrzycy dochodzi do zmian naczyniowych w ciałach jamistych prącia. Następuje spadek produkcji i upośledzenie aktywności tlenu azotu, nadekspresja czynników wzrostowych (VEGF) oraz endoteliny 1 (związane głównie z działaniem końcowych produktów glikacji białek – AGE). Procesy te doprowadzają do upośledzenia funkcji śródbłonna naczyniowego. Jednocześnie dochodzi do neuropatii włókien autonomicznych w tkankach ciał jamistych, co w połączeniu z zaburzeniami hormonalnymi ze spadkiem poziomu androgenów, nasilają zaburzenia erekcji. Jak podkreślono zazwyczaj z komponentą somatyczną współistnieje komponenta psychogenna zaburzeń erekcji [5, 6, 7, 8, 9]. Obserwuje się spadek nastroju, spadek libido, rezygnacja z właściwego podejścia do walki z chorobą podstawową jaką jest cukrzyca – wytwarza się swoisty mechanizm błędnego koła.

Szczególnym rodzajem endokrynopatii skutkującym równie zaburzeniami erekcji jest pierwotna niedoczynność kory nadnerczy – choroba Addisona. Jest to rzadko występująca choroba – dotyka ok 0,04% dorosłych ludzi. Zwykle ujawnia się w 3–4 dekadzie życia, częściej u kobiet niż u mężczyzn. Przyczynami jej powstania są inne choroby autoimmunologiczne, gruźlica, nowotwory i niektóre choroby zakaźne. Za powstanie choroby może odpowiadać występowanie serotypów HLA B8 i DR3 [2, 7, 8].

Najczęstszymi objawami tej choroby, inaczej nazywanej cisawicą są stałe osłabienie, w tym osłabienie libido, łatwa męczliwość mięśni, chudnięcie, brak apetytu, chęć spożywania słonych potraw. Objawy często ujawniają

się po zakażeniach, urazach i sytuacjach stresowych. Do innych charakterystycznych objawów należą ciemnienie skóry – stąd nazwa cisawica oraz niskie ciśnienie tętnicze. W badaniach laboratoryjnych spodziewać się można hiperkalemii i hiponatremii. Zaburzenia seksualne w autoimmunologicznej chorobie Addisona są powiązane z niedoborem glikokortykosteroidów i mineralokortykoidów [2, 7].

Istnieją badania, których celem jest ocena seksualności i powiązanych problemów psychologicznych u mężczyzn chorujących na chorobę Addisona przed i po zastosowaniu zastępczej terapii glikokortykoidami mineralokortykoidami. Wykazano że niedobór kortyzolu i aldosteronu wydają się odgrywać istotną rolę w powstawaniu zaburzeń erekcji, mimo iż mechanizm tego działania nie jest do końca wyjaśniony [7, 8].

Zaburzenia seksualne u mężczyzn z chorobą Addisona, powiązane są nie tylko z niedoczynnością gonad, ale również z innymi zaburzeniami endokrynologicznymi.

Istnieją dowody na to, że terapia zastępcza DHEA u mężczyzn z chorobą Addisona nie determinuje poprawy funkcji seksualnych, erekcji, uczucia zmęczenia czy funkcji kognitywnych w porównaniu do placebo.

Badania wykazały że pacjenci z chorobą Addisona stosujący konwencjonalną terapię zastępczą posiadają obniżony poziom jakości życia. Średnia dawka suplementacji GKS – hydrokortyzonem to 22,5 mg/d.

Pomimo stosowania dawek rekomendowanych przez służbę zdrowia, u pacjentów z chorobą Addisona, poziom jakości życia jest w dużym stopniu obniżony w porównaniu z populacją ogólną [2, 7, 8, 9].

Należy podkreślić, że nieleczona cisawica stanowi nie tylko zagrożenie dla zdrowia seksualnego i zdrowia w ogóle – jest zagrożeniem dla życia [10, 11, 12, 13, 14].

Podsumowanie

Przedstawiony przegląd przyczyn zaburzeń libido i zaburzeń erekcji, wskazuje na ścisły związek seksuologii z innymi dziedzinami medycznymi – psychiatrią, endokrynologią (diabetologią, tyreologią).

Piśmiennictwo

1. Lucia Pelamatti, Bolesna miłość. Kiedy seksualność dzieli małżonków, Kraków 2005
2. Maggi M, Buvat J, Corona G, Guay A, Otavio Torres L. Hormonal causes of male sexual dysfunctions and their mana-

- gement (Hiperprolactinemia,Thyroi Disorders,GH Disorders and DHEA) J SeX Med 2013;10;661-677
3. Mizgier M, Jarzabek-Bielecka G, Jeszka J, Wilczak M, Kędzia W. Sexual dysfunctions in diabetes during menopause and andropause. Seksuol Pol: 2014; T. 12, nr 1, s. 26-30
4. Stanley E. Althhof. Zaburzenia wzwodu. Psychoterapia indywidualna i partnerska. W: Terapia zaburzeń seksualnych, red. Sandra R. Leiblum, Raymond C. Rosen, Gdańsk 2005
5. Morano S. Pathophysiology of diabetic sexual dysfunction. J Endocrinol Invest 2003;26(3 Suppl):65-9
6. Zdrojewicz Z, Dubiński A, Dubińska K, Stokłosa B. Effects of prolactin on sexual function in males. Seksuol Pol 2004, 2, 1, 1-4
7. Granata A, Tirabassi G, Pugn Vi, Arnaldi G, Boscaro M, Carani C, Balercia G. Sexual Dysfunctions in Men Affected by Auto-immune Addison's Disease before and after short-term glucocorticoid replacement therapy. J SeX Med 2013 ;10;2036-2043
8. Kluger N, Matikai. N, Sintonen H, Ranki A, Roine R and Schalin-Jantti C. Impaired health-related quality of life Addison' disease – impact of replacement therapy, comorbidities and socioeconomic factors; Clinica Endocrinology (2014) 81,511-518
9. Skrzypulec V, Nowosielski K, Droszdol A, Kowalaczyk R. Sexual dysfunctions in selected endocrinopathies Endokrynol Pol/ Polish Journal of Endocrinology Tom/Volume 56; 6/2005
10. Bednarek-Tupikowska G, Fichna M. Niedoczynność kory nadnerczy. W: Endokrynologia kliniczna. T. Pr. zbior. pod red.: Andrzeja Milewicza: Wrocław: Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne, 2012 s. 356-369
11. Johannsson G, Falorni A, Skirtic S, Lennernas H, Quinkler M, Monson JP, Stewart PM. Adrenal insufficiency: review of clinical outcomes with current glucocorticoid Replacement therapy. Clin Endocrinol (Oxf) 2015; 82(1): 2-11
12. Husebye ES, Allolio B, Arlt W et al. Consensus statement on the diagnosis treatment and follow-up of patients with primary adrenal insufficiency. J Int Med. 2014; 275(2):104-15
13. Simon N, Castinetti F, Ouliac F, Lesavre N, Brue T, Oliver C. Pharmacokinetic evidence for suboptimal treatment of adrenal insufficiency. With currently available hydrocortisone tablets. Clin Pharmacokinet 2010; 49(7):455-63
14. Bancos I, Hahner S, Tomlinson J, Arlt W. Diagnosis and management of Adrenal insufficiency. Lancet Diabetes Endocrinol 2015;3(3):216-26

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji: