

Gesignaleerd ...in de internationale vakliteratuur

Erectiestoornis en het fietszadel

Vorig jaar werd in het tweede deel van het Journal of Sexual Medicine uitgebreid aandacht besteed aan het fenomeen erectiele disfunctie (ED) ten gevolge van fietsen i.c. van het gebruik van een bepaald type fietszadel (Huang, Munarriz & Goldstein, 2005; Breda, Piazza, Bernardi, Lunardon, & Caruso, 2005; Munarriz, Huang, Uberoi, Maitland, Payton, & Goldstein, 2005). Er werd zelfs een gastredactioneel aan besteed (Schrader, 2005).

Was er sprake van een nieuwe ontdekking? Toch niet. Hippocrates had al in de 4e eeuw voor Christus opgemerkt dat de Scythianen, een slavenvolk, veel impotente mannen omvatte ten gevolge van het vele gesjok op de paarden. In de jaren tachtig van de vorige eeuw waren ook diverse case reports gepubliceerd, maar goed wetenschappelijk bewijs voor een causaal verband tussen fietsen en het ontwikkelen van een ED ontbrak tot dusverre.

Huang (2005) heeft in een review alle onderzoeksliteratuur van 1981 tot 2004 bijeengezocht en gerubriceerd naar bewijskracht (case-report als laagste graad van bewijs tot en met bevolkingsonderzoek als hoogste graad van bewijs). Het gebruik van de data van de Massachusetts Male Aging Study liet zien dat langer dan 3 uur per week fietsen een onafhankelijke factor was om een matig tot ernstige ED te ontwikkelen (relatief risico 1.72). De groep varieerde van recreanten tot professionele sportbeoefenaren in de leeftijdsgroep 40-70 jaar. Er was een lichte tendens dat fietsen korter dan 3 uur per week beschermde tegen het ontwikkelen van een ED, deels mogelijk omdat bewegen een gunstige invloed heeft op vasculaire aandoeningen. (Marceau, Kleinman, Goldstein, & McKinlay, 2001). In enkele gecontroleerde studies bleek de prevalentie van mannen met matig tot ernstige ED onder fietsers 4.2% en 5% vs respectievelijk hardlopers 1.1% ($p < 0.018$) en zwemmers 2% ($p = 0.05$). Er was gecorrigeerd voor leeftijd en vasculaire risico's (Salimpour, Doursounian, Catey-Kiser, & et al., 1998; Schwarzer, Wiegand, Bin-Saleh, & et al., 1999). Nachtelijke erecties bleken in een andere studie significant te zijn af-

genomen bij 17 fietsende agenten (27.1% erecties gedurende de nacht) in vergelijking met 5 niet-fietsende agenten (42.8%) (Schrader, Breitenstein, Clark, Lowe, & Turner, 2002). Er is een prospectieve studie gedaan bij een groep van 463 mannen die deelnamen aan een 320 km lange fietstocht. Er was een cumulatieve incidentie van ED van 4.2% en 1.8% respectievelijk 1 week en 1 maand later. (Dettori, Koepsell, Cummings, & Corman, 2004). Kennelijk is herstel mogelijk.

Om nog meer bewijskracht voor causaliteit te verkrijgen werden eveneens studies naar de mechanica van het fietsen en het fietszadel verricht. Indirect waren er aanwijzingen voor compressie van de vaatzenwubundel die door het perineum naar de corpora cavernosa van de penis loopt. Recent werd een studie verricht door middel van meting van de arteriële flow in het corpus cavernosum met behulp van een echo Doppler bij mannen die al een erectiestoornis hadden. (Munarriz, Huang, Uberoi, Maitland, Payton, & Goldstein, 2005). Het onderzoek werd verricht bij een penis in erectie, opgewekt door middel van injecteren van een vaatverwijdend middel. Er werd een veel forsere reductie in flow gemeten indien werd gezeten op smalle zadels met een neus in vergelijking met brede zadels zonder neus. Een grote beperking van het onderzoek was dat het onderzoeksinstituut geen controlegroep toestond van mannen zonder ED omdat het ethisch niet verantwoord zou zijn bij hen een farmacologische erectie op te wekken. Fietsen op een zadel met neusextensie geeft echter voor met name de echte sportfietsers, die veel op de fiets zitten en dus tot de risicogroep behoren, meer stabiliteit en meer controle in bochten en meer balans op de weg. Om aan deze wensen tegemoet te komen werd een zadel ontwikkeld dat aan deze eisen tegemoet komt én preventief de perineale druk beperkt. (Breda, Piazza, Bernardi, Lunardon, & Caruso, 2005). In een experimentele studie werd een dergelijk zadel getest. Daarbij werd de arteriële zuurstofdruk in de penis bepaald op een non-invasieve wijze. Het ideale zadel bleek een zadel te zijn met een fors naar beneden buigende neus (haviksneus) met een uitsparing in het midden met beiderzijds een goede verdeling ten behoeve van de zitbeenderen. Dit zadel is inmiddels ook in productie gebracht, het zogenaamde SMP zadel.

Wat kunnen we met al deze informatie. Redelijk overtuigend is langzamerhand het bewijs dat langdurig fietsen een erectiestoornis ten gevolge van verhoogde perineale compressie kan veroorzaken. Vele vragen blijven er echter nog. Hoe lang na het langdurig fietsen ontstond de erectiestoornis, hoeveel jaren fietsen was er nodig om blijvende schade aan te richten, is

herstel van een dergelijk ontstane erectiestoornis mogelijk? Er ontbreekt voldoende lang follow-up onderzoek. Ook niet duidelijk is of de fietsende mannen gedurende hun dagelijkse leven mogelijk niet ook een hypertoon/hyperactief bekkenbodem hebben. We zien dat bijvoorbeeld, als ervaringsgegeven, bij paardrijdende vrouwen die nogal eens komen met klachten van oppervlakkige dyspareunie of vaginistische reactie. Ook is nog weinig onderzoek gedaan naar de invloed van het gewicht van de fietsende man, een voor de hand liggend gegeven dat de druk op het perineum zal beïnvloeden lijkt me. Interessant zou zijn of fietsende vrouwen meer problemen zouden ervaren met betrekking tot opwinding of orgasme dan niet fietsende vrouwen.

Verkeerd kan het niet zijn om mannen die erectieproblemen ervaren ook te vragen naar hun fietsgedrag. Of het alsnog aanschaffen van een geschikt zadel dan alsnog kan leiden tot herstel is niet bekend. Preventief advies geven aan mannen die veel fietsen om een geschikt zadel aan te schaffen is aan te bevelen, de industrie heeft het signaal naar aanleiding van de hierboven genoemde publicaties al goed opgepakt, zie http://www.sellesmp.com/download/Zadel_SMP_Strike_OLA.pdf.

Peter Leusink, huisarts, Sense, Centrum Seksuele Gezondheid, Gouda.

Literatuur

Breda, G., Piazza, N., Bernardi, V., Lunardon, E., & Caruso, A. (2005). Development of a new geometric bicycle saddle for the maintenance of genital-perineal vascular perfusion. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 605-11.

- Dettoni, J.R., Koepsell, T.D., Cummings, P., & Corman, J.M. (2004). Erectile dysfunction after a long-distance cycling event: associations with bicycle characteristics. *Journal of Urology*, 172, 637-41.
- Huang, V., Munarriz, R., & Goldstein, I. (2005). Bicycle riding and erectile dysfunction: An increase in interest (and concern). *Journal of Sexual Medicine*, 2, 596-604.
- Marceau, L., Kleinman, K., Goldstein, I., & McKinlay, J. (2001). Does bicycling contribute to the risk of erectile dysfunction? Results from the Massachusetts Male Aging Study (MMAS). *International Journal of Impotence Research*, 13, 298-302.
- Munarriz, R., Huang, V., Uberoi, J., Maitland, S., Payton, T., & Goldstein, I. (2005). Only the nose knows: penile hemodynamic study of the perineum-saddle interface in men with erectile dysfunction utilizing bicycle saddles and seats with and without nose extensions. *J Sex Med.*, 2(5), 612-9.
- Salimpour, P., Doursounian, M., Catey-Kiser, J., & et al. (1998). Sexual and urinary tract dysfunctions in bicyclists. Presented at the 93rd Annual Meeting of the American Urological Association, May 30-June 4, San Diego. Abstract 116.
- Schrader, S.M., Breitenstein, M.J., Clark, J.C., Lowe, B.D., & Turner, T.W. (2002). Nocturnal penile tumescence and rigidity testing in bicycling patrol officers. *J Androl.*, 23(6), 927-34.
- Schrader, S.M. (2005). Research on bicycle saddles and sexual health comes of age. *J Sex Med.*, 2(5), 594-5. No abstract available. Erratum in: *J Sex Med.* 2(6), 876.
- Schwarzer, U., Wiegand, W., Bin-Saleh, A., & et al. (1999). Genital numbness and impotence rate in long-distance cyclists. Presented at the 94th Annual Meeting of the American Urological Association, May 1-6, Dallas. Abstract 687.

Congresverslag

“Hartstocht”

Hart- en vaatziekten en seksualiteit

Egbert Kruijver

Verslag van het symposium “Hartstocht”, gehouden op 8 december 2005 in het UMC St. Radboud te Nijmegen, georganiseerd door het PAOG

Heyendaal te Nijmegen en de werkgroep Medische Seksuologie van het UMC St. Radboud.

Het lustrumsymposium vormde, evenals de vier voorgaande symposia in de reeks “Seks en Soma”, een boeiende en inspirerende mix van biologisch/medische kennis en seksuologische inzichten. Het programma bood een gevarieerd maar coherent geheel aan lezingen en workshops.

Algemene informatie omtrent hart- en vaatziekten in relatie tot seksualiteit

Louise Bellersen, cardioloog aan het UMC St. Radboud, geeft een heldere definitie van hartfalen: een complex van symptomen veroorzaakt door een pompfunctie-stoornis van het hart. Hartfalen is geen ziekte op zich, maar een syndroom. Elke ziekte die het hart

aantast kan leiden tot hartfalen. Bij hart- en vaatziekten moeten we onderscheid maken tussen patiënten met hartfalen, patiënten met aangeboren hartgebreken en patiënten die een combinatie van aangeboren hartgebreken en hartfalen vertonen. In Nederland is 2-2,5 % van de bevolking bekend met hartfalen, wat neerkomt op circa 200.000 patiënten per jaar. De prevalentie stijgt met de leeftijd, en door verbeterde overlevingskansen neemt ook de incidentie toe.

Bellersen introduceert de 4-puntsschaal van de New York Heart Association:

NYHA I = geen dyspnoe (kortademigheid) of alleen bij extreme inspanning

NYHA II = dyspnoe bij inspanning

NYHA III = dyspnoe bij lichte inspanning

NYHA IV = dyspnoe in rust

Iemand die gediagnosticeerd is onder NYHA-II maakt 67% kans na een jaar nog in leven te zijn (beter gezegd: niet te zijn gestorven aan hartfalen), voor iemand met NYHA-IV is die kans minder dan 40%. Er is dus sprake van hoge morbiditeit en mortaliteit.

Vrijwel elk Nederlands ziekenhuis heeft tegenwoordig een hartfalenpolikliniek, waarin de hartfalenverpleegkundige nauw samenwerkt met de cardioloog. De multidisciplinaire zorg werpt vruchten af: het aantal heropnames binnen 1 jaar is gedaald naar 30%.

Hartfaalpatiënten rapporteren diverse seksuele problemen: afname van seksuele activiteit, toename van seksueel disfunctioneren, erectiele disfunctie, gebrek aan opwinding en het uitblijven van orgasme. Hierbij spelen vier factoren een essentiële rol: dyspnoe, moeheid, angst en medicatie.

Pro-actieve en structurele aandacht voor intimiteit en seksualiteit bij revalidanten

Uit een NIVEL-onderzoek (2004) blijkt dat 20-25% van de chronische zieken in Nederland problemen heeft op seksueel gebied. Patiënten komen echter zelden uit zichzelf tot praten over hun seksuele problemen met hun arts. Dit is een gegeven waar Jim Bender over kan meepraten. Hij is als seksuoloog verbonden aan het Sophia Revalidatiecentrum in Den Haag, en is de inspirerende leider van het RNG-project "Is revalidatie aan seks toe?" Het antwoord op die vraag zou een volmondig 'Ja' moeten zijn, maar de praktijk is weerbarstig. Met zijn project wil Bender bewerkstelligen dat revalidatiecentra structureel en pro-actief aandacht gaan schenken aan het thema seksualiteit in het revalidatieproces. Het geven van deze aandacht zou niet voorbehouden moeten blijven aan seksuologen, maar zou gemeengoed moeten zijn binnen de multidisciplinaire teams die in de centra werkzaam zijn. Daarbij moeten we ervoor waken om al-

leen te focussen op seksuele disfuncties. De kwaliteit van leven moet centraal staan, waarbij men vooral oog moet hebben voor wat wél werkt, en creatief moet zoeken naar alternatieven voor wat niet werkt. Daarbij speelt aandacht voor de partnerrelatie en het her vinden van intimiteit en geborgenheid een essentiële rol.

Dat seksualiteitsaspecten structureel aandacht nodig hebben in het revalidatieproces, behoeft geen betoog voor wie gelooft in volwaardige rehabilitatie van de patiënt. Pro-actief optreden echter wel, want dat verlangt een andere manier van denken van de hulpverleners rondom de revalidant. Pro-actief wil zeggen: vraag gericht naar het seksuele welbevinden van patiënten, geef aan dat je bereid bent naar hun zorgen te luisteren. Psychologen en medici praten niet makkelijk over seksualiteit met hun patiënten, laat staan dat we er zelf over beginnen. Te makkelijk laten we het initiatief aan de patiënt. Bender toont aan dat wij met deze attitude veel mensen in de kou laten staan.

Bender geeft een genuanceerd beeld van de manieren waarop de seksuele problematiek zich kan uiten (als lichamelijke disfunctie, als adaptatieprobleem, als integratieprobleem, als praktisch probleem, als iatrogeen probleem en als relationeel probleem). Ook staat hij kort stil bij de specifieke problematiek rondom aangeboren of zeer vroeg verkregen hartafwijkingen, wat de opbouw van de 'seksuele carrière' ernstig kan belemmeren. Deze patiënten staan voor een integratietask: hoe zorg ik ervoor dat ik seksualiteit toch kan integreren in mijn leven, in mijn zelfbeeld, terwijl ik op dit vlak ernstig beperkt ben.

Bender pleit voor een pro-actieve aanpak, die structureel wordt ingebed in de multidisciplinaire werkwijze binnen het revalidatiecentrum. (meer informatie over het project "Is de revalidatie aan seks toe" is te vinden op www.rng.nl).

Tiny Jaarsma is verpleegkundig onderzoeker op het gebied van de cardiologie bij het UMC Groningen. Zij bevestigt het beeld dat Bender reeds schetste: het bespreken van seksualiteit wordt onterecht als niet belangrijk gezien. Medici verwachten dat anderen, met name verpleegkundigen hierover spreken met de patiënten. Uit haar onderzoekingen blijkt dat patiënten zich over een aantal zaken zorgen maken: wat is het effect van mijn ziekte op mijn seksualiteit? Kan seks nog? Wat is een waarschuwend signaal? Ik ben bang, want kan ik mijn lichaam nog vertrouwen? Hoe moet ik omgaan met mijn partner?

Jaarsma wijst ook op de nadelige invloed van hulpmiddelen. Wanneer de inwendige defibrillator afgaat tijdens het vrijen, leidt dat tot grote schrik en is de lust snel vertrokken. Ook heeft ze oog voor praktische pro-

blemen: iemand die lijdt aan dyspnoe kan moeilijk plat liggen en zal andere lichaamshoudingen moeten vinden die het wel mogelijk maken om ongestoord van seks te genieten.

Angst voor hartfalen tijdens seksuele activiteit: mythe of werkelijkheid?

Één van de grootste angsten van patiënten met hartfalen, én hun partners, is de angst een hartaanval te krijgen tijdens het vrijen. Diverse sprekers beschouwen dit fenomeen en komen met geruststellende bevindingen. Bellersen geeft onomwonden aan dat seksuele activiteit niet taboe is voor de patiënt met een hart- of vaatziekte. Integendeel: seks draagt bij aan de kwaliteit van leven en kan de lichamelijke conditie van de patiënt verbeteren. Wie twee trappen op kan lopen, kan aan seks doen. De Britse onderzoeker Graham Jackson uit zich in gelijke bewoordingen. Wie binnen 20 minuten een mijl kan afleggen, hoeft zich geen zorgen te maken, zeker niet degenen die ook nog een sprintje naar de bus kunnen trekken.

Bellersen en Jackson noemen afzonderlijk de Bruce-loopbandtest om hieromtrent een reële inschatting te kunnen maken, naast de Cornell-test en de Naughton-test.

Beide introduceren een indicatie van het aantal METS (meeteenheid die het metabolisch uithoudingsvermogen aangeeft, waarbij 1 METS staat voor 3,5 ml zuurstofverbruik per kilo per minuut) dat zonder risico seksuele activiteit toestaat bij hartfalenpatiënten. Hier lopen de inschatting iets uiteen. Jackson stelt 5 tot 6 METS als limiet, Bellersen zit wat lager met 3-4 METS.

Bellersen stelt dat vanaf NYHA-III enige symptomen kunnen optreden tijdens een vrijpartij. Alleen NYHA-IV patiënten wordt seksuele activiteit ontraden, daartoe is hun fysieke conditie werkelijk te slecht.

Jaarsma bevestigt het beeld dat de kans op hartfalen tijdens het vrijen zeer gering is. Zij toont ons dat niet alleen de patiënt deze angst kent, maar dat in bijna de helft van alle gevallen ook de partner angst heeft om te vrijen. Daarom is voorlichting, ook juist aan partners, zeer belangrijk.

Opvallend is dat de perceptie van patiënten en hun partners sterk kan afwijken van waar men feitelijk fysiek toe in staat is. De angst voor het uitlokken van hartaal-symptomen leidt tot voorzichtigheid en terughoudendheid.

We hebben hier dus duidelijk met een mythe te maken, maar wel een begrijpelijke.

Een mythe die in een enkel geval wél bewaarheid wordt, zoals Woet Gianotten ooit ondervond tijdens een voorlichtingsbijeenkomst voor partners. Terwijl hij hen

ervan probeerde te overtuigen dat zij geen angst hoefden te hebben, stelde één van de partners droogjes vast haar man tijdens het vrijen weldegelijk een hartaanval had gekregen, en niet één keer maar twee keer...

Signalen van verslechtering van de fysieke conditie

De ervaring van Gianotten, die ongewild een diepere laag ontdekte in het cliché dat de uitzondering de regel bevestigt, maakt het des te belangrijker dat patiënten en hun partners een mogelijke verslechtering van de lichamelijke conditie leren signaleren. Bellersen zet deze signalen daadkrachtig op een rijtje:

- Gewichtstoename met 2 kilogram in 2-3 dagen
- Toename kortademigheid, ook bij platliggen
- Hoesten
- Opgezette enkels of benen
- Toename moeheid
- Verandering in hartritme
- Duizeligheid, als deze voorheen niet bestond
- Vol gevoel in de buik, strakker zitten van de kleding
- Slecht en/of onrustig slapen
- Minder plassen, donkerder plassen, 's nachts vaker plassen

Adolescenten met aangeboren hartgebreken zijn ook seksuele wezens

Bellersen meldt dat ongeveer 8 op de 1000 Nederlanders geboren wordt met een hartgebrek. Hierbij moet onderscheid gemaakt worden tussen ACHD (Adult Congenital Heart Disease) en GUCH (Grown Up Congenital Heartdisease).

Het aantal adolescenten met aangeboren hartgebreken stijgt als gevolg van verbeterde medische technieken en begeleiding. De vroegsterfte blijft echter hoog: van de 10 patiënten sterven er 7 voor het 45^{ste} levensjaar. De symptomen, en dus ook de daaruit voortvloeiende problematiek, zijn uiteraard afhankelijk van de specifieke aandoening (nb. er worden minstens 12 hoofdvormen van aangeboren hartgebreken te onderscheiden).

Wij moeten ons realiseren dat ook deze jongeren seksuele wezens zijn en dat voor hen seksualiteit niet minder belangrijk is dan voor de gemiddelde adolescent. Emotionele problemen komen bij hen echter twee maal zo vaak voor, evenals seksuele disfuncties. Deze adolescenten hebben doorgaans weinig voorlichting genoten over seksualiteit. Hun specifieke aandoening maakt in sommige gevallen zwangerschap een zeer risicovolle onderneming. Ook erfelijkheidsfactoren kunnen van invloed zijn. Ook teratogene effecten van medicatie (kans op misvormingen bij de foetus) ko-

men voor.

Bellersen benadrukt het belang van goede, gedoede voorlichting aan deze adolescenten. Niet alleen de cardioloog, maar juist ook de gespecialiseerde verpleegkundige moet de tijd nemen om deze patiënten voor te lichten over de effecten van hun ziektebeeld op hun mogelijkheden en beperkingen ten aanzien van seksuele activiteiten, het medicijngebruik en zwangerschap.

De 'toeschouwersrol' als belemmerende factor in het seksueel welbevinden

Michael Penso, psychotherapeut en seksuoloog, verzorgde een workshop waarin hij het thema 'pijn' centraal stelde. Penso, die op het laatste moment was opgeroepen om Marianne Emmelkamp te vervangen, laat een knap staaltje improvisatie zien door eerst een stoomcursus systeemtheorie af te leveren alvorens ons op een boeiende casus te vergasten. Penso wijst op het negatieve effect van 'de toeschouwersrol', die ontstaat wanneer pijn, en angst voor pijn, de seksualiteit binnensluipen. Het ongestoord genieten verdwijnt. Seks wordt "Kijken of het gaat". Zowel de patiënt als de partner kan moeilijk aan deze haast onvermijdelijke toeschouwersrol ontsnappen. Hulpverleners zullen in hun behandeling gedegen rekening moeten houden met deze belemmerende factor.

Seksespecifieke kenmerken bij hartfalen

De tweede workshop die ik bezocht werd verzorgd door Wim van der Minne, huisarts en tevens onderzoeker op het gebied van vrouwenstudies in relatie tot medische wetenschappen. Hij stelt vast dat zich een sekse-specifiek probleem voordoet rondom hart- en vaatziekten. Het idee dat veel meer mannen overlijden aan hartfalen is onjuist: ook bij vrouwen is hartfalen doodsoorzaak nummer één. Dit feit springt echter minder in het oog omdat mannen vaker in een eerdere levensfase dan vrouwen overlijden aan hartfalen. In zijn presentatie toont hij, aan de hand van gespreksfragmenten, aan dat vrouwen en mannen anders communiceren over hun lichamelijke klachten. Mannen presenteren hun klachten concreter (met name pijnklachten die kunnen wijzen op angina pectoris), vrouwen daarentegen uiten hun klachten meer diffuus en laten een meer gedifferentieerd klachtenpatroon zien, waarin pijn op de borst minder op de voorgrond staan. Dit leidt ertoe dat vrouwen én artsen minder snel de gepresenteerde klachten in verband brengen met mogelijk hartfalen. Door ons simpelweg te vragen de gespreksfragmenten te analyseren, bereikt Wim van der Minne trefzeker zijn doel: we gaan nadenken over onze eigen communicatiepatronen, waarsmeringen en vooroordelen.

De erectiele stoornis als voorbode van een cardiovasculaire ziekte

Graham Jackson, die als eerste spreker optrad omdat hij een vroeg vliegtuig moest halen, bekende dat hij als jong cardioloog enorm in verlegenheid raakte wanneer patiënten hem confronteerden met hun angst een hartaanval te krijgen tijdens het vrijen, of wanneer een patiënt aangaf geen erectie meer te kunnen krijgen. Het deed hem beseffen dat vele patiënten én artsen zich in deze situatie 'embarrassed' moesten voelen, en dat hij te maken had met een vergeten en genegeerde problematiek. Hij dwong zichzelf zijn verlegenheid te overwinnen en maakte seksualiteit een structureel thema in zijn medische begeleiding, tot opluchting van vele patiënten en hun partners. Inmiddels is Jackson, verbonden aan het Guy's and St. Thomas Hospital te London, een gerenomeerd onderzoeker en presenteert hij wereldwijd zijn onderzoeksresultaten op het gebied van seksuele disfuncties bij hart- en vaatziekten.

De vraag of een erectiele disfunctie een voorbode is van een zich later openbarende hart- en vaatziekte, staat centraal in zijn betoog. Ook hierbij heeft hij niet alleen oog voor de medische problematiek, maar ook voor de relationele problematiek: "It's a mans problem, but a couples concern."

Het geeft te denken dat erectiele disfuncties vier maal vaker dan gemiddeld voorkomen bij mannen met diabetes en hart- en vaatziekten, en dat bij tweederde van mannen met hart- en vaatziekten in een eerder stadium een erectiele disfunctie optreedt. Erectiele disfuncties verergeren naarmate de hart- of vaatziekte verergert, daar meer bloedvaten beschadigd raken. Verder wijst Jackson op de meervoudig circulaire beïnvloeding tussen de hart- en/of vaatziekte, de erectiele disfunctie en depressie.

David Burger, ziekenhuisapotheker bij het UMC St. Radboud te Nijmegen, gaat als laatste spreker uitvoerig en gedetailleerd in op deze kwestie. Hij brengt de thematiek terug bij waar Jackson 's ochtends begon, en stelt dat erectiele disfuncties en cardiovasculaire disfuncties gedeeltelijk dezelfde etiologie kennen, namelijk arteriosclerose (aderverkalking/verharding). Er ontstaat schade aan het bekleedsel van bloedvaten (endotheel). Wanneer de bloedvatverwijding (vasodilatatie) niet meer voldoende werkt, kunnen vaatverwijders als medicatie worden ingezet.

Princeton II: hartpatiënt tot het tegendeel be- wezen is

Jackson refereert aan de in 1999 ontwikkelde handleiding voor veilige behandeling van hartpatiënten in relatie tot seksuele activiteit en behandeling van erectiele

disfuncties (Princeton I), welke onlangs zijn bijgesteld (Princeton II, 2004). Op basis van recente multinationale medisch-wetenschappelijke onderzoeken geeft Princeton II een duidelijke aanwijzing voor medici en seksuologen: een erectiele disfunctie is een voorbode van een cardiovasculaire ziekte. Sterker nog: het erkennen van de erectiele disfunctie als waarschuwend signaal van een nog sluimerende vaatziekte leidt tot de aanname dat een man met een erectiele disfunctie (maar zonder symptomen van hart- of vaatziekten), zonder meer moet worden beschouwd als een hart (of vaat)patiënt – tot het tegendeel bewezen is.

Maar kan dit zo hard gesteld worden? Moeten we elke cliënt die zich aandient met een erectiestoornis meteen op de loopband zetten en een ECG afnemen? Jackson relateert de conclusie van Princeton II tot een aanvaardbaar en werkbaar niveau: een erectiestoornis geeft aan dat er ergens iets gaande is ("There's something going on somewhere... that's for sure..."). Wát er dan gaande is, moet dan nader medisch onderzocht worden. Voor ons seksuologen een belangrijk stukje medische kennis, dat wellicht in een enkel geval zelfs levensreddend kan zijn...

Jackson adviseert medici om structureel te vragen naar seksuele disfuncties bij hun patiënten, daar patiënten er zelf zelden mee komen. Het merendeel ziet de eigen erectiestoornis namelijk niet als een medisch probleem, en voelt bovendien teveel schaamte om er over te beginnen. Voor de urologen onder ons moet het schokkend zijn geweest te horen dat 44% van hun patiënten niet hun erectiestoornis aan hen rapporteert (Engels onderzoek).

Nitraten en PDE5-remmers: een gevaarlijke combinatie

Cardiovasculaire medicijnen hebben bijwerkingen: ze verminderen de zin in seks, kunnen bij mannen leiden tot erectiele stoornissen en ejaculatie praecox, bij vrouwen tot verminderde lubricatie. Denk ook aan de mogelijke bijwerkingen van bètablokkers zoals sufheid, depressieve gevoelens en verminderde perifere bloeddoorstroming. Diuretica (vochtafdrijvende middelen), die aan vrijwel alle patiënten met hart- en vaatziekten worden voorgeschreven, kunnen het libido verminderen en impotentieklachten geven.

PDE5-remmers (zoals sildenafil/Viagra, tadalafil/Cialis, vardenafil/Levitra en papaverine) lijken potentieel gunstig effect te hebben op hartfalen, daar ze de stikstofmonoxide afhankelijke vasodilatatie bevorderen. En dat is goed voor de doorbloeding van bloedvaten.

In combinatie met nitraten (tegen lage bloeddruk) vormen ze echter een gevaar voor de patiënt. Omdat

nitraten een toename van cGMP (cyclisch guanosinemonofosfaat) teweegbrengen, en PDE5-remmers de de-activering van cGMP opheffen, versterken ze elkaars effect en gaat de bloeddruk in rap tempo omlaag, wat fatale gevolgen kan hebben voor de gebruiker.

Burger brengt de nuancering aan dat sildenafil hierbij nauwelijks verhoogd risico geeft. Vardenafil daarentegen kan weldegelijk hartritmestoornissen veroorzaken, en mag zeker nooit gebruikt worden in combinatie met anti-aritmica (met name quinidine, procainamide, amiodaron, sotalol). Conclusie: hoe dan ook is voorzichtigheid geboden bij het gelijktijdig gebruik van nitraten en PDE5-remmers vanwege hun gelijksoortige farmacodynamische effecten.

Er zijn enkele adviezen bekend omtrent het benodigde interval tussen inname van de PDE5-remmer en het nitraat: Voor sildenafil en vardenafil geldt minimaal 24 uur, voor tadalafil minstens 48 uur. Bij de overige antihypertensiva is het eveneens zaak om eventuele bijwerkingen goed te volgen.

Omdat alpha-blokkers (zoals doxazosine/Cardura) vaak worden ingezet bij prostaathypertrofie, waarschuwt Burger ook voor de gevaarlijke combinatie met PDE5-remmers. Sildenafil kan tot maximaal 25mg toegediend worden; voor tadalafil en vardenafil geldt een contra-indicatie.

Bellersen stelt dat het verhogen van de dosering van bèta-blokkers tijdelijke verslechtering in de fysieke conditie kan geven, met mogelijk hartfalen tot gevolg. Aldosteron-antagonisten (zoals Spironolacton) brengen een mortaliteitsreductie van 30% onder patiënten in de NHYA-III klasse. Echter, op seksueel gebied zijn bijwerkingen als libidoverlies en gynaecomastie (abnormale borstontwikkeling bij mannen) bekend. Men kan deze medicatie eventueel vervangen door eplerenone, hetgeen minder hormonale bijwerkingen geeft.

Het symposium "Hartstocht" bracht een schat aan medische kennis, die voor seksuologen van grote betekenis kan zijn in het werken met hartpatiënten, en bracht medici en verpleegkundigen de nodige seksuologische inzichten om het thema seksualiteit bij hartpatiënten de aandacht te geven die het toekomst.

Egbert Kruijver is seksuoloog in opleiding (RINO Groep Utrecht), en stagiair-seksuoloog bij het Centrum voor Seksuele Gezondheid te Amsterdam. Hij is projectleider zorgvernieuwing op het gebied van intimiteit en seksualiteit voor Altrecht GGz, beleidsmedewerker voor de Stichting Maas en Leije (AMW) en verbonden aan de landelijke werkgroep Transseksualiteit en Genderdysforie van Humanitas.

Ontvangen: 19 april 2006; Geaccepteerd: 5 mei 2006