

# Sexuell dysfunktion vanligt bland patienter med refraktär angina pectoris

Men förvånansvärt många i denna patientgrupp är sexuellt aktiva



**ANN-CHARLOTTE ELIASSON**, smärtundersköterska  
ann-charlotte.eliasson@vregion.se

**KERSTIN MOBERG**, smärtsjuksköterska

**PAULIN ANDRÉLL**, ST-läkare; dessa tre vid Multidisciplinärt smärtcentrum, medicinkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg

**LARS-GÖSTA DAHLÖF**, docent,

psykologiska institutionen, Göteborgs universitet  
**TORE ELIASSON**, docent, överläkare

**CLAS MANNHEIMER**, professor, överläkare; de båda sistnämnda vid Multidisciplinärt smärtcentrum, medicinkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg

De flesta patienter med angina pectoris kan idag få tillfredsställande symtomlindring med konventionella behandlingsstrategier. Konservativ antianginös medikamentell terapi består av kort- och långverkande nitrater, betareceptorblockerande medel och kalciumantagonister. I de fall där tillfredsställande resultat av den farmakologiska behandlingen inte kan uppnås brukar perkutan koronarintervention (PCI) eller bypass-operation ge symtomlindring.

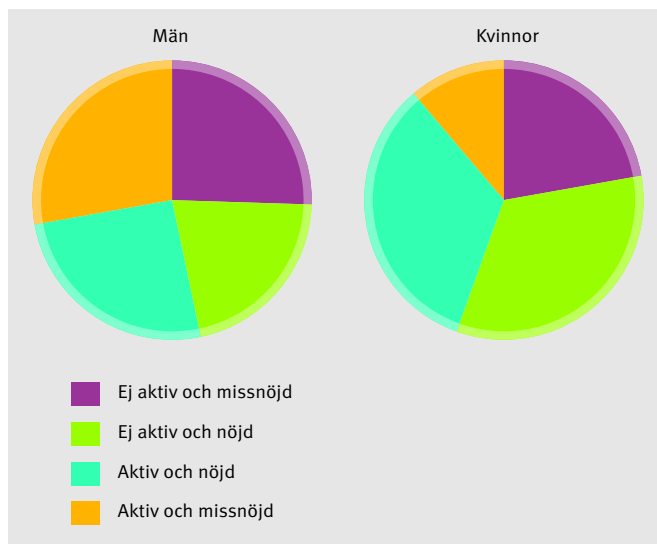
Det finns dock en grupp patienter som trots optimal farmakologisk och invasiv behandling har invalidiserande besvär (funktionsklass 3–4 enligt Canadian Cardiovascular Society [Fakta]) [1]. Tillståndet benämns refraktär angina pectoris, och riktlinjer för behandling har utarbetats av European Society of Cardiology [2].

En epidemiologisk studie har visat att patienter med refraktär angina pectoris har otillräcklig symtomlindring och därför låg livskvalitet vad gäller fysisk funktion och fysiskt välbefinnande [3]. För att hantera symtomen minskar många patienter på sin fysiska aktivitet, vilket får betydande konsekvenser för deras vardag.

## Kartläggning av sexuell dysfunktion klinisk rutin

Enligt studier och klinisk erfarenhet är det vanligt att patienter med stabil angina pectoris har nedsatt fysisk och sexuell aktivitet, eftersom denna ofta framkallar anginösa symtom [4, 5].

Den sexuella dysfunktionen innebär minskad lubrikation hos kvinnorna respektive erektil dysfunktion hos männen.



Figur 1. Andel patienter som var nöjda/missnöjda med sitt sexuella samliv.

Båda könen upplever även nedsatt lust. Den sexuella dysfunktionen kan vara en följd av patientens generella artärsjukdom och av den antianginösa terapin. Dessutom kan patienten och/eller partnern vara rädd för andra konsekvenser i samband med coitus, såsom plötslig död. Flera av patienterna upplever sin sexuella dysfunktion som en inskränkning i sin normala livsföring.

Graden av sexuell dysfunktion hos patienter med refraktär angina pectoris är inte känd men kan antas vara betydande.

Till Multidisciplinärt smärtcentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra i Göteborg, remitteras varje år cirka 70 patienter med refraktär angina pectoris för bedömning och ställningstagande till additiva behandlingsmetoder. En vanlig sådan är neuromodulation i form av transkutan elektrisk nervstimulering (TENS) och ryggmärgsstimulering (spinal cord stimulation [SCS]).

TENS och SCS tycks enligt flera korttidsstudier ha antiischemisk och antianginös effekt, vilken inträder efter cirka 30–60 sekunder, sannolikt sekundärt till minskning av syrekonsumention i myokardiet [6–8]. Flera studier av långtidseffekter av TENS och SCS har publicerats. Resultaten av dessa studier visar positiva effekter på symtomen i form av färre anginaattacker och förbättrad livskvalitet [9–13]. Majoriteten av studierna

## SAMMANFATTAT

**Patienter** med refraktär angina tycks ha förvånansvärt hög sexuell aktivitet trots sin grundsjukdom.

**En förutsättning** för sexuell aktivitet är optimering av behandling med antianginösa läkemedel och additiv behandling, t ex ryggmärgsstimulering.

**Majoriteten** av de sexuellt aktiva patienterna har dock partiell dysfunktion i form av bristande lust, orgasmstörning, erektil dysfunktion och ejakulationsproblem.

**Hos en stor grupp** av patienterna, såväl aktiva som inaktiva sexuellt, är den sexuella dysfunktionen ett stort problem.

**Patientens** grundsjukdom och antianginösa medicinering samt psykologiska faktorer har sannolikt betydelse för den sexuella dysfunktionen. Det finns ett angeläget utrymme för såväl medikamentell som psykologisk terapi.

## FAKTA

### Klassifikation av anginösa besvär enligt Canadian Cardiovascular Society (CCS-klass)

**CCS I:** Ingen begränsning av vanlig alldaglig aktivitet. Angina förekommer endast vid kraftig, snabb eller utdragen fysisk aktivitet.

**CCS II:** Lindrig begränsning av alldaglig aktivitet. Angina uppkommer vid promenad mer än två kvarter i normal takt och under normala förhållanden eller uppför en trappa.

**CCS III:** Markerad begränsning av alldaglig aktivitet. Angina uppkommer vid promenad i normal takt och under normala förhållanden i ett till två kvarter eller uppför en trappa.

**CCS IV:** Oförmåga att utföra någon fysisk aktivitet utan att få angina – angina kan förekomma redan i vila.

har emellertid brister såsom otillfredsställande design, för kort uppföljningstid och för få patienter.

Det finns dock en studie där patienter med svår angina pectoris randomiserades till SCS eller bypass-operation, den s k ESBY-studien (Electrical Stimulation versus Coronary Artery Bypass Surgery in Severe Angina Pectoris) [14-16]. Båda patientgrupperna rapporterade minskad angina och bestående förbättrad livskvalitet upp till 5 år efter initierad behandling, utan någon skillnad mellan grupperna.

Sedan 1985 har, globalt sett, cirka 4 500 patienter behandlats med SCS på indikation refraktär angina pectoris. Ungefär 800 av dessa har behandlats vid Multidisciplinärt smärtcentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra.

Vid Multidisciplinärt smärtcentrum är kartläggning av sexuell dysfunktion och dess konsekvenser för den enskilde patienten klinisk rutin vid bedömning av patienter med långvarig smärta inklusive patienter med refraktär angina pectoris.

En förutsättning för att rekommendera sexuell aktivitet till dessa patienter är att patienten inte har haft någon hjärtinfarkt de senaste tre månaderna, inte har instabil angina eller svår hjärtsvikt och att optimering av antianginös terapi görs för att minska de anginösa besvären.

Vi redovisar här en kartläggning av förekomst av sexuell dysfunktion hos patienter med refraktär angina pectoris, vilka remitterades till oss under 2004.

## METOD

Från februari 2004 till november 2004 kartlades 56 patienter (varav 9 kvinnor) med refraktär angina pectoris. Medelåldern var 65 år (variationsvidd 39–83 år). Samtliga patienter hade vid första kontakten med oss svår angina pectoris sekundär till uttalad koronarsjukdom. Majoriteten av patienterna (86 procent) hade genomgått tidigare ischemiutredning i form av arbets-EKG, myokardskintigrafi eller stressekokardiografi. Reversibel ischemi konfirmerades hos 73 procent av patienterna, medan 13 procent hade svårbedömda resultat eller ingen ischemi; 14 procent av patienterna hade inte genomgått någon ischemiutredning. Patienterna bedömdes av inremitterande läkare ha optimal medikamentell antianginös terapi, och vidare revasculering var inte möjlig hos dessa patienter.

Samtliga patienter fick besvara tre bundna frågeformulär. Ett frågeformulär kartlade hälsokarakteristika, och ett belyste olika variabler för sexuell genosvar och parrelation. Dessutom fick männen ett formulär som belyste erektil dysfunktion, ejakulation och tillfredsställelse (IIEF-5 [international index of erectile function]) [17]; kvinnorna fick ett formulär som mätte sex-

**TABELL I.** Hälsokarakteristika hos de 56 patienterna (EF = ejektionsfraktion).

Karakteristika	Antal patienter
Män	47
Kvinnor	9
Ålder, år	65 (39–83)
Nedsatt vänsterkammerfunktion (EF <50 %)	15
Tidigare revaskularisering	50
Diabetes	22
Obstruktiv lungsjukdom	11
Njurinsufficiens	0
Rökare/före detta rökare	38
Kroppsmasseindex (BMI) >25	45

**TABELL II.** Orsaker till sexuell dysfunktion hos kvinnor. (Sexuellt aktiva totalt 5 patienter, ej sexuellt aktiva totalt 4 patienter.)

Orsak till sexuell dysfunktion	Sexuellt aktiva, antal	Ej sexuellt aktiva, antal
Bristande lust	3	3
Orgasmstörning	1	
Genital smärta	2	
Bristande lubrikation	1	1
Somatisk smärta (angina)	2	1
Rädsla för angina	2	1
Oro från partnern för fatala händelser under coitus	2	
Partnern kan/vill ej genomföra samlag		2
Har ingen partner		2

**TABELL III.** Orsaker till sexuell dysfunktion hos män. (Sexuellt aktiva totalt 25 patienter, ej sexuellt aktiva totalt 22 patienter.)

Orsak till sexuell dysfunktion	Sexuellt aktiva, antal	Ej sexuellt aktiva, antal
Bristande lust	8	15
Erektil dysfunktion	18	17
Ejakulationssvårigheter	10	
Orgasmstörning	5	
Genital smärta		1
Somatisk smärta (angina)	7	11
Rädsla för angina	2	3
Oro från partnern för fatala händelser under coitus	5	5
Partnern kan/vill ej genomföra samlag	3	16
Har ingen partner		4

uell funktion (lubrikation, smärta vid samlag, orgasm och tillfredsställelse).

Totalt 8 patienter hade måttligt förhöjt serumkreatinin. Övriga rutinlaboratoriedata uppvisade normala värden. Patienterna var även välinställda avseende blodglukos och lipider. Testosteron i serum kontrollerades inte, eftersom detta inte var rutin vid kartläggningens genomförande.

## RESULTAT

Patienternas hälsokarakteristika framgår av Tabell I.

Av 56 patienter var 29 sexuellt aktiva. Av dessa 29 patienter hade drygt hälften någon form av sexuell dysfunktion (16 män

och 2 kvinnor). Den sexuella dysfunktionen hos de sexuellt aktiva utgjordes av bristande lust, orgasmstörning, erektil dysfunktion/eller ejakulationsproblem (Tabell II och III).

Den mest frekventa formen av sexuell dysfunktion hos dessa patienter var erektil dysfunktion (18 män). Majoriteten av de sexuellt aktiva hade sexuell aktivitet minst 1–3 gånger i månaden (20 män och 3 kvinnor).

Totalt 27 patienter var således sexuellt inaktiva; orsakerna redovisas i Tabell II och III.

Av de 56 patienterna var 28 missnöjda med sitt samliv (14 aktiva och 14 inaktiva) (Figur 1).

## DISKUSSION

I vår kartläggning förefaller det som om patienter med refraktär angina pectoris har en förvånansvärt hög sexuell aktivitet trots avancerad hjärt-kärlsjukdom och anginösa symtom. Patienterna är mer sexuellt aktiva än t ex patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom eller kronisk reumatoid artrit [18–20]. Patienter med refraktär angina pectoris tycks dock vara mindre sexuellt aktiva än en frisk normalpopulation inom samma åldersintervall (41 procent av patienter med refraktär angina hade sexuell aktivitet minst en gång i månaden jämfört med 67 procent i en frisk normalpopulation) [21].

Majoriteten av patienterna i den sexuellt aktiva gruppen hade partiell dysfunktion i form av orgasmstörning, erektil dysfunktion/ejakulationsproblem och bristande lust. Hos en stor andel av patienterna, såväl aktiva som inaktiva sexuellt, utgjorde den sexuella dysfunktionen ett problem. Patientens grundsjukdom, biverkningar av antianginösa mediciner och psykologiska faktorer har sannolikt stor betydelse för den sexuella dysfunktionen. Här finns ett stort utrymme för såväl medikamentell som psykologisk terapi.

**En förutsättning** för sexuell aktivitet hos patienter med refraktär angina pectoris är att man genom medikamentell optimering och/eller behandling med additiva metoder såsom TENS och SCS kan minska patientens funktionsstatus från CCS-klass III–IV till CCS-klass I–II, dvs att patienten endast har lindriga till måttliga anginösa besvär (Fakta).

Eftersom patienter i allmänhet inte spontant tar upp problem i samlivet, är det angeläget att sexuell funktion på ett naturligt sätt ingår i anamnesen vid utredning av patienter med angina pectoris.

Vid Multidisciplinärt smärtcentrum har vi som klinisk rutin att erbjuda patienter med sexuell dysfunktion individuell behandling i form av läkar-/sköterskebesök eller, vid behov, parakontakt med sexolog. Enligt våra erfarenheter vill patienterna i allmänhet fortsätta kontakten med den som har initierat frågan, dvs sköterskan eller läkaren. Av stor vikt är att man i anamnesen preciserar om det föreligger sexuell dysfunktion eller bristande lust, eftersom behandlingsstrategierna är olika. Vid det orienterande samtalet med läkare och sköterska görs en fördjupad anamnes.

Oberoende av orsak till den sexuella dysfunktionen görs försök att optimera den medikamentella antianginösa behandlingen för att möjliggöra sexuell aktivitet.

**Vid behandling** av erektil dysfunktion brukar man i normalfallet starta med perorala fosfodiesteras 5-hämmare (PDE5-hämmare) och vid terapivikt övergå till den något mer opraktiska behandlingsmetoden med intrakavernösa injektioner.

Hos patienter med angina pectoris som medicinerar med kort- eller långverkande nitrater börjar vi i stället alltid med intrakavernösa injektioner, vilket inte kräver utsättning av nitrater. Vid terapivikt kan behandlingsförsök göras med de per-

orala PDE5-hämmarna sildenafil eller vardenafil, eftersom dessa har kortare halveringstid än tadalafil.

Peroral behandling med PDE5-hämmare har ogynnsamma interaktioner med nitrater. En förutsättning för behandling med PDE5-hämmare är strikt frånvaro av nitrater minst 24 timmar före och efter intag. För att rekommendera perorala PDE5-hämmare till dessa patienter måste det föreligga fullgod ordinationsföljksamhet så att patienten verkligen avstår från nitrater under behandling med PDE5-hämmare. Av detta skäl utgör reducerat närminne eller emotionell instabilitet kontraindikation. För att kunna kupera eventuella akuta anginösa attacker under behandlingstiden bör patienten ha additiv antianginös behandling såsom SCS eller TENS.

Av praktiska skäl har vi hittills undvikit att ge perorala PDE5-hämmare till de patienter som är tillgängliga endast för TENS-behandling, eftersom TENS – i motsats till SCS – är opraktiskt vid sexuell aktivitet.

För kvinnor med bristande lubrikation, torra slemhinnor och inkontinens kan östrogenbehandling bli aktuell. I normalpopulationen i Sverige har 20 procent av kvinnorna över 50 års ålder systemisk tilläggsbehandling med östrogen, och 40 procent av dem har lokalbehandling [22]. Det har dock publicerats rapporter om att PDE5-hämmare kan användas för behandling av bristande lubrikation [23–25], men denna indikation är ännu inte godkänd.

Enligt våra erfarenheter finns det goda möjligheter till väl fungerande sexuell aktivitet om mannen har isolerad erektil dysfunktion. En förutsättning är dock att det förekommit någon form av sexuell aktivitet under det senaste året och att det även föreligger stort intresse hos den kvinnliga partnern. Därför är parsamtal en förutsättning för ett lyckat behandlingsresultat. Om patienterna varit sexuellt inaktiva längre än ett år och om det föreligger bristande lust utöver erektil dysfunktion är prognosen för ett fungerande sexualliv dålig.

**Sammanfattningsvis** är sexuell dysfunktion hos patienter med angina pectoris, och i synnerhet patienter med refraktär angina pectoris, bristfälligt belyst i litteraturen. En förutsättning för att rekommendera sexuell aktivitet hos dessa patienter är att de endast har mild till måttlig angina med konventionell och additiv behandling, inte har instabil koronarsjukdom eller har haft en hjärtinfarkt de senaste tre månaderna [4].

Patienter med angina och mild hjärtsvikt anses inte löpa ökad risk för coitusinducerade hjärthändelser [4]. Sexuell aktivitet tycks vara ett angeläget problem för dessa patienter. Det är därför viktigt med kliniska studier där förekomst av sexuell dysfunktion och effekter av olika behandlingsmetoder ytterligare kartläggs hos dessa patienter.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Campeau L. Letter: Grading of angina pectoris. *Circulation*. 1976;54: 522–3.
2. Mannheimer C, Camici P, Chester MR, Collins A, DeJongste M, Eliasson T, et al. The problem of chronic refractory angina; report from the ESC Joint Study Group on the Treatment of Refractory Angina. *Eur Heart J*. 2002;23:355–70.
3. Andrell P. Refractory angina pectoris. Patient characteristics. Safety and long-term effects of spinal cord stimulation [avhandling]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2005.
4. DeBusk R, Drory Y, Goldstein I, Jackson G, Kaul S, Kimmel SE, et al. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease; recommendations of the Princeton consensus panel. *Am J Cardiol*. 2000;86:175–81.
5. Traeen B, Sørensen D, Olsen S. Seksualitet og samliv hos hjertesjyke. En første rapport fra LHLs medlemsundersøkelse. Tromsø: Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø; 2005.
6. Mannheimer C, Carlsson CA, Emanuelsson H, Vedin A, Waagstein F, Wilhelmsson C. The effects

- of transcutaneous electrical nerve stimulation in patients with severe angina pectoris. *Circulation*. 1985;71:308-16.
7. Mannheimer C, Eliasson T, Andersson B, Bergh CH, Augustinsson LE, Emanuelsson H, et al. Effects of spinal cord stimulation in angina pectoris induced by pacing and possible mechanisms of action. *BMJ*. 1993;307:477-80.
  9. Di Pede F, Lanza GA, Zuin G, Alfieri O, Rapati M, Romano M, et al. Immediate and long-term clinical outcome after spinal cord stimulation for refractory stable angina pectoris. *Am J Cardiol*. 2003;91:951-5.
  14. Mannheimer C, Eliasson T, Augustinsson LE, Blomstrand C, Emanuelsson H, Larsson S, et al. Electrical stimulation versus coronary artery bypass surgery in severe angina pectoris: the ESBY study. *Circulation*. 1998;97:1157-63.
  15. Ekre O, Eliasson T, Norrsell H, Währborg P, Mannheimer C. Long-term effects of spinal cord stimulation and coronary artery bypass grafting on quality of life and survival in the ESBY study. *Eur Heart J*. 2002;23:1938-45.
  16. Andréll P, Ekre O, Eliasson T, Blomstrand C, Börjesson M, Nilsson M, et al. Cost-effectiveness of spinal cord stimulation versus coronary artery bypass grafting in patients with severe angina pectoris – long-term results from the ESBY study. *Cardiology*. 2003;99:20-4.
  17. 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;49(6):822-30.
  18. Schönhofer B, von Sydow K, Bucher T, Nietsch M, Suchi S, Köhler D, et al. Sexuality in patients with noninvasive mechanical ventilation due to chronic respiratory failure. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;164:1612-7.
  19. Packham JC, Hall MA. Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: social function, relationships and sexual activity. *Rheumatology*. 2002;41:1440-3.
  20. Hill J, Bird H, Thorpe R. Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatology*. 2003;42:280-6.
  21. Lewin B, Fugl-Meyer K, Helmius G, Lalos A, Månsson SA. *Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996*. Uppsala: Uppsala Universitets förlag; 1996.
  22. Thunell L, Stadberg E, Milsom I, Mattsson LA. Changes in attitudes, knowledge and hormone replacement therapy use: a comparative study in two random samples with 6-year interval. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84(4):395-401.
  23. Kaplan SA, Reis RB, Kohn LJ, Ikeguchi EF, Laor E, Te AE, et al. Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. *Urology*. 1999;53(3):481-6.
  24. Berman JR, Berman LA, Lin H, Flaherty E, Lahey N, Goldstein I, et al. Effect of sildenafil on subjective and physiologic parameters of the female sexual response in women with sexual arousal disorder. *J Sex Marital Ther*. 2001;27(5):411-20.
  25. Min K, Munarriz R, Kim NN, Goldstein I, Traish A. Effects of ovariectomy and estrogen and androgen treatment on sildenafil-mediated changes in female genital blood flow and vaginal lubrication in the animal model. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(5):1370-6.

annons