



Seksuelle problemer hos menn med epilepsi: "Uninterested, unhappy, unable"?

Talbot JA, Sheldrick R, Caswell H et al.
Sexual function in men with epilepsy: How important is testosterone?
Neurology 2008; 70(16): 1346-52.

Målsetting: Å evaluere effekten av a) testosteronnivået og b) angst og depresjon på seksualfunksjonen hos menn med epilepsi.

Materiale og metode: 60 menn med epilepsi (MME) som brukte ett AED (uten komedikasjon) ble sammenliknet med 60 mannlige kontrollpersoner uten epilepsi. Det ble målt totaltestosteron (TT), fritt testosteron (FT), bioaktivt testosteron (BAT), dihydroepiandrosteron (DHEAS), androstenedion og sexhormonbindende globulin (SHBG). I tillegg besvarte alle validerte spørreskjemaer om sexfunksjon (seksuell appetitt, seksuell respons, erektil funksjon) og angst og depresjon (HADS).

Resultater: MME hadde lavere seksuell appetitt og dårligere erektil funksjon enn kontrollene. De hadde også signifikant høyere skår på angst, depresjon og psykologisk stress. MME hadde høyere SHBG og signifikant lavere DHEAS. Mennene som tok enzyminduserende AEDs hadde signifikant lavere BAT-nivåer sammenliknet med de som brukte ikke-enzyminduserende AEDs og kontrollene. Men de fleste MME hadde TT og BAT-nivåer som ble ansett å ligge over "den androgene terskel" som anses som nødvendig for en normal sexfunksjon. Det var en signifikant korrelasjon mellom sexfunksjon og grad av angst og depresjon.

Konklusjon: Endrede hormonnivåer alene kan ikke fullt ut forklare den seksuelle dysfunksjon som sees blant menn med epilepsi. Fremtidig forskning bør inkludere også psykososiale faktorer og livskvalitet.

Egne kommentarer: Tidligere studier har vist at så mange som 20-50% av menn med epilepsi har seksuelle problemer, bl.a. med redusert libido, erektil dysfunksjon og manglende orgasme (Herzog 2007, Pack 2007). Vi vet at enzyminduserende AEDs kan redusere bioaktivt testosteron på to måter; 1) ved å redusere den gonadale testosteronsyntesen, og 2) ved å øke den hepatiske produksjonen av SHBG. Den kliniske betydningen av disse endringene er omdiskutert, men i litt høye doser kan de trolig yte et bidrag til den seksuelle dysfunksjonen.

Om epileptiske forstyrrelser i temporolimbiske strukturer også kan bidra til den mannlige hypogonadismen, er også omdiskutert. Som det pekes på i denne artikkelen, er seksualitet en kompleks funksjon som påvirkes av en rekke faktorer, ikke minst av psykiske faktorer som angst, depresjon, opplevd stigma, m.m.

For klinikeren gjelder det først å spørre om seksuelle funksjoner (hvor mange av oss gjør det?). Hvis det er seksuelle problemer, søke å finne årsaken(e). For eks. måle bioaktivt testosteron og SHBG. Kanskje er det hos noen riktig og forsvarlig å bytte et enzyminduserende AED med et ikke-enzyminduserende? Kanskje har pasienten en udiagnostisert og ubehandlet depresjon? Om anfallene er fokale og farmakoresistente, kanskje han er kandidat for resektiv kirurgi?

Å kartlegge og behandle reproduktive og seksuelle funksjoner hos pasientene hører til epileptologiens mange og spennende utfordringer!

Karl O. Nakken