



This document has been downloaded from
Tampub – The Institutional Repository of University of Tampere

Publisher's version

Authors: Kaipia Antti, Tammela Teuvo
Name of article: Ikääntyvän miehen seksuaalisuus ja sen häiriöt
Year of publication: 2009
Name of journal: Duodecim
Volume: 125
Number of issue: 10
Pages: 1119-1124
ISSN: 0012-7183
Discipline: Medical and Health sciences / Internal Medicine
Language: fi
School/Other Unit: School of Medicine

URL:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spape=%2Fportlet%2Faction%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98065&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=haku&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_hakusana=Ik%C3%A4%C3%A4ntyv%C3%A4n+miehen+seksuaalisuus+ja+sen+h%C3%A4iri%C3%B6t

URN: <http://urn.fi/urn:nbn:uta-3-785>

All material supplied via TamPub is protected by copyright and other intellectual property rights, and duplication or sale of all part of any of the repository collections is not permitted, except that material may be duplicated by you for your research use or educational purposes in electronic or print form. You must obtain permission for any other use. Electronic or print copies may not be offered, whether for sale or otherwise to anyone who is not an authorized user.

Ikääntyvän miehen seksuaalisuus ja sen häiriöt

Ikääntyvän miehen seksuaalinen toimintakyky heikkenee mutta vähemmän kuin on oletettu. Myös seksuaalinen halu säilyy pitkään. Tavallisimmat häiriöt ovat erektiokyvyn heikkeneminen ja ejakulaation häiriöt. Virtsaamisoireilla ja seksuaalitoimintojen häiriöillä on vahva yhteys toisiinsa. Osa miehistä saa apua niihin häiriöihin samalla, kun hoidetaan eturauhasen liikakasvun aiheuttamia virtsaamisoireita. Erektiohäiriö voi olla ensimmäinen oire sydän- ja verisuonitaudista, minkä vuoksi sen riskitekijöiden kartoittaminen ja tarvittaessa myös hoitaminen ovat tärkeitä. Ejakulaatiohäiriön syynä saattavat olla myös lääkkeet, kuten selektiivisesti serotoniinin takaisinottoa estävät masennuslääkkeet tai eturauhasen liikakasvun hoitoon käytetyt lääkkeet, etenkin alfasalpaaja tamsulosiini. Jos iäkäs mies haluaa seksuaalihäiriönsä hoitoa, hänelle tulee tarjota yksilöllisesti parhaiten sopivaa hoitomuotoa.

Ihminen tiedostaa sukupuolensa ja sukupuoli suvun lapsuudesta alkaen. Aikuiselle sukupuoli on tärkeä identiteettitekijä. Siksi on luonnollista, että sukupuoli ja seksuaalisuus ovat olennainen osa myös vanhenevan ihmisen elämää. Iäkkäiden miesten määrä kasvaa maassamme nopeasti suurten ikäluokkien vanhenemisen myötä. Toisaalta elinikä pitenee ja iäkkäät miehet ovat entistä terveempiä ja hyväkuntoisempia. Nuorempien asenne on yleensä liberaalimpi kuin heidän vanhempiansa, ja odotettavissa olevan eliniän pidentyessä seksuaalisesti aktiivisten vanhusten määrä on tulevaisuudessa nykyistä suurempi.

Koska ikääntymisen myötä ilmaantuu väijäämättä seksuaalitoimintojen häiriöitä, vanheneva miesväestö asettaa myös niiden kannalta haasteita terveydenhoitojärjestelmällemme.

Nykyään on myös käytettävissä tehokkaita hoitoja erektio- ja libido-ongelmiin, joten vanhusväestöä hoitavien lääkäreiden tulee olla valmiita rohkaisemaan potilaitaan ottamaan esille myös seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia.

Seksuaalisen aktiivisuuden määritelmä

Seksuaalinen aktiivisuus mielletään joskus kapea-alaisesti yhdynnäksi tai siihen tähtääväksi aktiivisuudeksi. Seksuaalisen aktiivisuuden täsmällistä määritelmää on vaikea rajata, mutta käyttökelpoinen voi olla esimerkiksi Lindaun ym. (2007) katsauksessaan käyttämä rajaus. He määrittelevät seksuaalisen aktiivisuuden ”miksi tahansa molemminpuolisesti vapaaehtoiseksi aktiivisuudeksi, johon liittyy seksuaalinen kontakti riippumatta siitä, johtaako toiminta yhdyntään tai orgasmiin”. Niinpä useimmissa ikääntyneiden seksuaalisuutta käsittelevissä tutkimuksissa seksuaaliseksi aktiivisuudeksi luetaan paitsi yhdyntä tai itseyydytys myös muu fyysinen kosketus, kuten hyväily, halaaminen tai suutelu.

Seksuaalinen aktiivisuus vähenee iän myötä

Kaikki ikääntyneiden seksuaalista aktiivisuutta selvittävät tutkimukset osoittavat, että seksuaalisuus on tärkeää läpi elämän ja että seksuaalisuus koetaan tärkeäksi osaksi tervettä elämää iästä riippumatta (Araujo ym. 2004, Kontula 2009). Useimpien tutkimusten mukaan seksuaalinen aktiivisuus kuitenkin vähenee iän myötä (Lindau ym. 2007), ainakin jos kriteerinä pidetään yhdyntöjä tai siihen rinnastettavaa aktiivisuutta. Ginsbergin ym. (2005)

aineistossa suurimmalla osalla yli 60-vuotiaista esiintyy säännöllistä seksuaalista aktiivisuutta mutta säännöllisiä yhdyntöjä vain alle puolella.

Suomalaisessa tutkimuksessa parisuhteessa elävistä 60-vuotiaista miehistä vain vajaalla kymmenesosalla ja yli 70-vuotiaista vain kolmasosalla ei ollut ollut yhdyntöjä vuoden aikana (Kontula 2009). Osa miehistä jatkaa yhdyntöjä tai itsetyydytystä kahdeksannelle ja yhdeksänsäntoista vuosikymmenelle. Säännöllisten yhdyntöjen onkin osoitettu suojaavan ikääntyvien miesten erektiokykyä (Koskimäki ym. 2008). Toisaalta itsetyydytys yleistyy vahvasti iän myötä (Kontula 2009). Yksilöiden väliset erot ovat suuria yhdyntätaajuudessa, seksuaalisessa halukkuudessa, itsetyydytyksessä, orgasmivaikeuksissa ja yleensä tyytyväisyydessä sukupuolielämään (Araujo ym. 2004).

Vanhenevalla miehellä siemennesteen määrä pienenee, peniksen tuntoherkkyys heikkenee, erektion kovuus vähenee ja orgasmi vaihenee, koska siemensyöksyn aikaansaavien lantionpohjan lihasten sekä m. bulbospongiosuksen ja bulbocavernosuksen supistukset heikentyvät. Lisäksi peniksen jäykkyys katoaa nopeammin ja aika yhdyntäkyvyn palautumiseen (refraktaari aika) pitenee (Kandeel ym. 2001). Ikääntyvä mies tarvitsee enemmän aikaa ja voimakkaampaa stimulaatiota saavuttaakseen täydellisen erektion.

Miksi aktiivisuus vähenee

Useat syyt johtavat seksuaalisen kanssakäymisen vähenemiseen iän myötä. Seksuaalisuuden katsotaan kuuluvan olennaisesti parisuhteeseen ja olevan olennainen osa tervettä elämää myös ikääntyessä. Toisaalta jos kumppani puuttuu tai jos oma tai kumppanin sairaus häiritsee seksuaalista kanssakäymistä, koetaan seksuaalisuuden merkitys parisuhteessa tai elämässä yleensä vähemmän tärkeäksi (Gott ja Hinchliff 2003).

Useimmat ikääntyneet miehet haluaisivat aktiivisempaa seksuaalista kanssakäymistä kuin heillä on (Ginsberg ym. 2005). Yleinen syy aktiivisuuden vähenemiseen on kumppanin puute tai sairaus. Miehillä erektio-ongelmat, sairaudet, lääkitykset ja fyysiset esteet (esim. liikuntarajoitukset) ovat syynä

seksuaalisen kanssakäymisen vähenemiseen. Myös ikääntymiseen liittyvä fyysinen rappeutuminen ja sen myötä tapahtuva kehonkuvan muuttuminen sekä muut henkiset muutokset ja dementoituminen vähentävät sukupuolista aktiivisuutta. Myös psykososiaaliset stressitekijät vähentävät osalla pareista sukupuolista aktiivisuutta ja mielenkiintoa: koetaan, että sukupuoli kuuluu nuoruuteen ja vanhuudessa seksin harrastaminen ei ole oikein sopivaa. Osa ikääntyneistä miehistä jättääkin suosiolla sukupuolisen kanssakäymisen taakseen eivätkä koe sitä rasitteeksi.

Erektiohäiriö ja ikääntyvän miehen seksuaalisuus

Vaikka seksuaalinen aktiivisuus on käsitteenä laajempi, voidaan yhdyntää pitää seksuaalisen aktiivisuuden kulminaatiopisteenä. Siksi erektiokyky määrittää keskeisesti miehen seksuaalisuuden ilmenemismuotoja. Fysiologisesti erektio on hormonaalisen säätelyn alainen neurovaskulaarinen tapahtuma. Niinpä monet hormonaaliseen tasapainoon, hermostoon ja verenkiertoelimistön kuntoon vaikuttavat tilat heijastuvat varhaisessa vaiheessa erektiokykyyn (TAULUKKO). Yhteinen nimittäjä monille erektiota heikentävillä riskitekijöillä on ikä. Massachusetts Male Aging Studyn aineistossa täydellinen erektiokyvyttömyys lisääntyi 40-vuotiaiden 5,1 %:sta 70-vuotiaiden 15,1 %:iin samalla, kun kohtalaisen erektiohäiriön esiintyvyys lisääntyi 17 %:sta 34 %:iin. Erektiohäiriön kehittymisen riski oli aikaisemmin terveillä 40–49-vuotiailla vuotta kohden 1,2 % mutta lisääntyi 60–69-vuotiailla 4,6 %:iin (Johannes ym. 2000). Suomalaisessa tutkimuksessa kohtalaisen tai vaikean erektiohäiriön esiintyvyys lisääntyi 50-vuotiaiden 12 %:sta 75-vuotiaiden 58 %:iin (Shiri ym. 2003). Lievä erektiohäiriö on ikääntyvillä miehillä vielä yleisempi, mutta se ei vaikuta merkittävästi yhdyntöjen määrään (Koskimäki ym. 2000).

Erektiohäiriön riskitekijöitä ovat lihavuus, tupakointi, liikunnan puute ja monet krooniset sairaudet, kuten verenpainetauti, sydän- ja verisuonisairaudet ja etenkin diabetes sekä myös nivelrikko (Shiri ym. 2003, Bacon ym.

2006). Depressiokin liittyy erektiohäiriöön (Shiri ym. 2007). Myös monet lääkkeet, kuten beetasalpaajat ja tulehduskipulääkkeet lisäävät erektiohäiriön riskiä (Shiri ym. 2006).

Miehen ikääntyessä seerumin kokonaistestosteronipitoisuus pienenee noin prosentin vuodessa (Huhtaniemi ja Perheentupa tässä numerossa). Testosteroni ei ole absoluuttisen välttämätön erektioille mutta huomattavaa hypogonadismia potevilla miehillä (testosteronipitoisuus alle 2 nmol/l) erektiokyky on harvinaisen. Osalla erektiohäiriöisistä ikääntyvistä miehistä hypogonadismi on tärkeä erektiohäiriön etiologinen tekijä. Ennen nykyisiä fosfodiesteriäsi 5:n estäjälääkkeitä testosteronilääkitys oli yksi harvoja erektiohäiriön hoitoja. Pelkkä testosteronihoito tehoaa vain niillä noin 10 %:lla erektiohäiriöisistä, joilla oireen tärkein aiheuttaja on hypogonadismi. Useimpien ikääntyvien miesten libido paranee testosteronihoidolla mutta erektiokyky siis vain pienellä osalla. Tämän vuoksi testosteroni oli pitkään sivussa erektiohäiriön hoidosta. Viimeaikaiset tutkimuksen ovat kuitenkin osoittaneet, että testosteronilla on sittenkin rooli erektion parantajana: se parantaa paisuvaisen verenkiertoa ja säätelee keskeisiä paisuvaisen entsyymiaktiivisuuksia (Aversa ym. 2004). Testosteronihoidon on osoitettu auttavan osaa niistä erektiohäiriöpotilaista, joilla pelkän fosfodiesteriäsi 5:n teho on riittämätön. Testosteroni näyttäisi kuitenkin olevan tehokas tukihoitona vain niillä potilailla, joilla testosteronipitoisuudet ovat selkeästi pienentyneet.

Erektiohäiriö ja sepelvaltimotauti

Erektiohäiriön esiintyvyys on sepelvaltimotautipotilailla suuri. Lisäksi erektiohäiriö esiintyy usein ennen sepelvaltimotaudin ilmaantumista. Sepelvaltimotautipotilaista 49–67 %:lla erektio-ongelmat edeltävät sydänoireita (Montorsi ym. 2003, Solomon ym. 2003). Tämä on johtanut hypoteesiin siitä, että erektiohäiriö voisi olla sepelvaltimotaudin ensimmäinen varoitusaire ja siksi paisuvauskudoksen toiminta olisi ”ikkuna sydämeen”.

Erektiohäiriöllä ja sepelvaltimotautilla on samat riskitekijät, joiden yhteinen nimittäjä on

TAULUKKO. Organisen erektiohäiriön yleisimmät syyt.

Valtimoperäinen
valtimoiden ahtautumista aiheuttavat sairaudet (valtimonkovettumistauti, diabetes ym.)
Paisuvaisperäinen
liittyvät paisuvauskudoksen heikentyneeseen toimintaan, jota esiintyy erityisesti endoteelin toimintaa huonontavissa tiloissa (metabolinen oireyhtymä, verenpainetauti)
Neurogeeninen
mm. diabetes sekä eturauhas- ja peräsuolikirurgia
Hormonaalinen
hypogonadismi
Lääkkeiden indusoima

endoteelin toimintahäiriö. Lihavuuden ja tupakoinnin on osoitettu johtavan erektiolle välttämättömän typpioksidin määrän vähenemiseen, endoteelisolukon vaurioon ja edelleen verisuonivaurioon (Williams ym. 2002). Toisaalta säännöllinen liikunta näyttäisi lisäävän typpioksidin määrää erityisesti iäkkäillä miehillä (Taddei ym. 2000). Riskitekijöiden määrä ja vahvuus korreloivat erektiohäiriön vaikeusasteeseen.

Kliinisesti erektiohäiriön korrelaatio rasisuskokeessa ilmenevään sepelvaltimotautiin on kuitenkin huono, sillä eräässä aineistossa vain 17 %:lla erektiohäiriöisistä ja 12 %:lla verrokeista todettiin sepelvaltimotauti. Tätä näennäistä ristiriitaa selittää valtimoiden kokoon liittyvä hypoteesi (Montorsi ym. 2005): peniksen paisuvaivalenttimoiden läpimitta on 1–2 mm ja sepelvaltimoiden 3–4 mm. Näin ollen kliinisiin oireisiin johtava, 50 %:n tukkeuman aiheuttava plakkimassa syntyy huomattavasti aikaisemmin pienempiin paisuvaivalenttimoihin.

Rasisuskokeen ohella sepelvaltimotaudin vaikeusastetta erektiohäiriöpotilailla on tutkittu mm. sepelvaltimotautipotilaiden monileiketietokone-tomografialla. Chiurlia ym. (2005) totesivat tällä tekniikalla erektiohäiriöstä kärsivillä merkittävästi enemmän sepelvaltimoiden kalkkiutumia kuin verrokeilla. Osoituksena siitä, että erektiohäiriö on luonteeltaan endoteelisolukon sairaus, valtimoiden laajeneminen iskemian jälkeen on heikompi erektiohäiriöpotilailla ja heillä esiintyy suurempia inflammatoristen ja protromboottisten metaboliittien pitoisuuksia veressä (Yavuzfil ym. 2005, Vlachopoulos ym. 2006).

Keskeinen kysymys erektiohäiriön ja sepel-

valtimotaudin yhteydestä on preventio: jos erektiohäiriö voi olla sepelvaltimotaudin oire, kuinka intensiivisesti tulisi seurata erektiohäiriöstä kärsivien sydäntilannetta? Asiaa pohtineen konsensuskokouksen kanta oli seuraava: erektiohäiriöpotilaat tulisi pyrkiä jaottelemaan pienen, keskisuuren ja suuren riskin ryhmiin. Jatkotutkimukset ovat aiheellisia keskisuuren ja suuren riskin potilaille (Kostis ym. 2005).

Ejakulaatiohäiriöt

Miehellä orgasmi tulee yleensä samanaikaisesti siemensyöksyn kanssa, vaikka nämä välittyvät hermostossa eri reittejä ja eri välittäjäaineiden kautta. Ejakulaatiohäiriö on yksi tavallisimmista miehen seksuaalitoiminnan häiriöistä ja aiheuttaa erityisesti ikääntyville miehille haittaa. Rosenin ym. (2003) aineistossa 50–80-vuotiaista miehistä 46 % oli kärsinyt siitä edellisen kuukauden aikana ja aiheuttanut näistä 56 %:lle erityistä haittaa. Tämä koski erityisesti miehiä, joilla esiintyi samanaikaisesti virtsaamisvaijoja.

Ikääntymisen myötä aika siemensyöksyn saamiseen yhä pidempään pitenee. Normaalisti siemensyöksy tulee 3–8 minuutin kuluessa yhdynnän aloittamisesta, mutta jos siihen menee yli 20–30 minuuttia, kyseessä voidaan katsoa olevan viivästynyt siemensyöksy. Ejakulaatio-kyky saattaa myös hävitä täydellisesti. Siemensyöksyn viivästyminen tai sen puuttuminen aiheuttaa miehelle ja myös hänen kumppanilleen turhaumaa, mikä vähentää kiinnostusta seksuaaliseen kanssakäymiseen. Äskettäin julkaistussa tutkimuksessa niiden miesten osuus, jotka eivät laisinkaan saaneet siemensyöksyä, lisääntyi 40–45-vuotiaiden 1,2 %:sta 61–65-vuotiaiden 3,2 %:iin ja yli 75-vuotiaiden 14,1 %:iin (Wein ym. 2009).

Monet lääkkeet vaikuttavat siemensyöksyyn. Eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun hoitoon käytettävät 5-alfaredukaasin estäjät finasteridi ja dutasteridi pienentävät siemennesteen määrää, ja alfasalpaajista erityisesti tamsulosiini voi estää siemensyöksyn. Monet psykoosilääkkeet, trisykliset depressiolääkkeet ja erityisesti selektiivisesti serotoniinin takaisinottoa estävät depressiolääkkeet hidastavat siemensyöksyä ja

jopa estävät sen. Samoin voivat tehdä neurodegeneratiiviset sairaudet, esimerkiksi pesäkeko-vettumatauti ja diabeettinen neuropatia. Myös kirurgiset toimenpiteet, kuten retroperitoneaalinen lymfadenektomia sekä aortoiliakaliset ja kolorektaaliset leikkaukset, saattavat viivästyttää siemensyöksyä tai jopa estää sen. Eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun hoitamiseksi tehtävä höyläysleikkaus aiheuttaa useimmille miehille käänteisen siemensyöksyn ja pelkkä eturauhasen halkaisukin kolmannekselle, koska toimenpiteen jälkeen virtsarakon kaula ei enää sulkeudu tiiviisti.

Virtsaamisoireet ja seksuaalitoimintojen häiriöt

Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet vahvan yhteyden virtsaamisoireiden, niiden vaikeus- ja haitta-asteen ja heikentyneiden seksuaalitoimintojen välillä: mitä vaikeampia virtsaamisoireet ovat, sitä useammin miehellä on erektiohäiriö ja muita seksuaalitoimintojen häiriöitä (Blaker ym. 2001, Shiri ym. 2005a, Wein ym. 2009).

Ikääntyvällä miehellä tavallisin virtsaamisoireiden aiheuttaja on eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvu. Onkin herännyt epäily, että sen ja erektiohäiriöiden välillä olisi yhteinen patofysiologia, josta on esitetty erilaisia teorioita, kuten typpioksidin synteesin väheneminen eturauhasen ja peniksen sileälihaskudoksessa, autonomisen yliaktiivisuuden vaikutukset virtsaamisoireisiin, eturauhasen kasvuun ja erektiohäiriöön, Rho-kinaasin lisääntynyt aktiivisuus tai endoteelin aktiivisuus sekä eturauhasen ja peniksen iskemia (McVary 2005). Mitään näistä ei ole kuitenkaan pystytty vahvistamaan.

Erektiohäiriön lisäksi virtsaamisoireet liittyvät muihin seksuaalitoimintojen häiriöihin, kuten siemensyöksyn kivuliaisuuteen tai täydelliseen puuttumiseen. Joka viides virtsaamisoireisista miehistä kärsii kivuliaasta siemensyöksystä (Nickel ym. 2005).

Seksuaalihäiriöiden hoito

Tehokkainta olisi hoitaa sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä jo ennen kuin erektiohäiriö kehittyy. Potilaiden tietoisuutta

lisääntyneestä erektiohäiriön riskistä voisi käyttää motiivoinnissa elintapamuutoksiin. Vielä erektiohäiriön ilmaannuttuakin kannattaa riskitekijöitä hoitaa sekä lääkityksellä että elämäntapoja muutamalla. Tärkeimmät muutokset ovat laihduttaminen, liikunnan lisääminen ja tupakoinnin lopettaminen (Taddei ym. 2000, Esposito ym. 2004, Shiri ym. 2005b). Näin saatetaan parantaa endoteelin toimintaa ja heikentynyttä erektiokykyä.

Verenpainelääkitys voi toisaalta myös aiheuttaa erektiohäiriön verenpaineen laskun kautta ja erityisesti beetasalpaajat myös vaikutusmekanismillaan. Näin tapahtuu erityisesti käytettäessä propranololia suurina annoksina (Franzen ym. 2001). Reniini-angiotensiinijärjestelmään vaikuttavilla lääkkeillä ja kalsiumkanavan salpaajilla ei ole sinänsä erektiohäiriötä aiheuttavia vaikutuksia. Dyslipidemia-lääkkeistä fibraattien on raportoitu aiheuttavan erektiohäiriötä, joiden arvellaan johtuvan vaikutuksesta sukupuolihormonin tuotantoon (Rizvi ym. 2002).

Erektiohäiriön ensi vaiheen hoitona ovat fosfodiesteriäsi 5:n estäjät sildenafili, vardenafili ja tadalafili, ellei potilas käytä nitraatteja. Potilaille tulisi kertoa, että nämä lääkkeet eivät sinänsä aiheuta erektiota vaan tehostavat seksuaalisen kiihottumisen aikaan saamia fysiologisia vasteita. Fosfodiesteriäsi 5:n estäjien käyttö on helppoa ja turvallista, ja nämä lääkkeet toimivat, olipa erektiohäiriön syy mikä hyvänsä. Toisen vaiheen hoitoina tulevat kyseeseen virtsaputkeen puikkona asetettava tai suoraan paisuaiseen ruiskutettava alprostadili, jolla on suora seksuaalisesta kiihottumisesta riippumaton erektiota aikaansaava vaikutus. Joskus voidaan asentaa penisproteesi.

Seerumin testosteronipitoisuuden määrittäminen kuuluu erektiohäiriöpötilaan perusselvityksiin. Jos kontrolloidusti todetaan selkeästi pienentynyt pitoisuus, kuuluu aloittaa testosteronihoito. Samanaikaisesti kannattaa erektio-ongelmaa hoitaa fosfodiesteriäsi 5:n estäjällä. Kun hypogonadismi on korjattu, ei osa potilaista enää tarvitse fosfodiesteriäsi 5:n estäjää. Jos potilas ei saa riittävästi apua fosfodiesteriäsi 5:n estäjästä, voidaan testosteronia käyttää tukihoidona niillä potilailla, joilla on normaalin

YDINASIAT

- ▶ Miehen seksuaalinen toimintakyky vähenee iän myötä mutta vähemmän kuin on oletettu.
- ▶ Virtsaamisoireiden hoito auttaa myös seksuaalitoimintojen häiriöihin.
- ▶ Erektiohäiriö voi olla sydän- ja verisuonisairauden ensimmäinen oire, joten riskitekijöiden kartoittaminen ja tarvittaessa hoitaminen on tärkeää.
- ▶ Ejakulaatiohäiriön syynä voi olla lääkitys, jota muuttamalla tilanne saattaa korjautua.
- ▶ Suuri osa ikääntyvän miehen erektiohäiriöistä on mahdollista hoitaa tehokkaasti joko fosfodiesteriäsi 5:n estäjillä tai alprostadililla.

alarajoilla oleva seerumin testosteronipitoisuus (8–12 nmol/l). Osalla potilaista vaste tablettilääkitykseen on turvattavissa testosteronitukihoidon avulla (Aversa ym. 2004).

Siemensyöksyn häiriötä voidaan hoitaa muuttamalla potilaan lääkitystä. Jos käytössä on selektiivisesti serotoniinin takaisinottoa estävä depressoilääke ja ongelmana siemensyöksyn viivästyminen tai puuttuminen, pienennetään lääkkeen annosta tai vaihdetaan tilalle muuhun ryhmään kuuluva masennuslääke, jonka vaikutus siemensyöksyyn on vähäisempi. Viivästyneen siemensyöksyn hoitoon ei ole toistaiseksi tehokasta lääkitystä. Virtsaamisoireiden hoito alfasalpaajalla korjaa myös seksuaalitoimintojen häiriötä (Kirby ym. 2005). Jos tamsulosiini estää siemensyöksyn, kannattaa vaihtaa tilalle alfutsosiini. Sitä käytettäessä siemensyöksyn estyminen on paljon harvinaisempaa.

Lopuksi

Seksuaalinen toimintakyky heikkenee vääjäämättä iän myötä mutta keskimäärin vähemmän kuin on oletettu. Myös miesten kiinnostus seksiin säilyy korkeaan ikään asti, ja melko suuri osa toivoo suurempaa seksuaalista aktiivisuutta. Erityisesti parisuhteessa elävistä miehistä merkittävällä osalla yhdynnät jatkuvat pitkään.

Toisaalta osalle ei seksillä ole merkitystä, **1123**

minkä vuoksi ikääntyviä miehiä ei tulisi painostaa ottamaan seksuaalihäiriötänsä esille tai hoidattamaan sitä, kuten on ajoittain tehty erektiolääkkeiden markkinointikampanjoiden yhteydessä. Jos iäkäs mies haluaa seksuaalihäiriöidensä hoitoa, tulee tähän suhtautua vakavasti ja tarjota hänelle parhaiten sopivat hoito. ■

ANTTI KAIPIA, dosentti, erikoislääkäri
TAYS, kirurgian vastuualue
PL 2000, 33521 Tampere

TEUVO TAMMELA, professori, ylilääkäri
TAYS, kirurgian vastuualue
ja Tampereen yliopisto

SIDONNAISUUDET:

Ei ilmoitusta sidonnaisuuksista

Summary

Sexuality and sexual disorders of aging man

Functional ability of an aging man decreases less than presumed, and sexual desire remains for long. The most common disturbances include lessened ability for erection and ejaculatory disturbances. Some men will be helped for their sexual disturbances in connection with the treatment of urinary symptoms caused by benign prostatic hyperplasia. Erectile dysfunction may be the initial symptom of cardiovascular disease. Erectile dysfunction may also be caused by medication used by the patient. If an aged man wants therapy for his sexual disorder, he should be individually provided with the most appropriate treatment form.

KIRJALLISUUTTA

- Araujo AB, Mohr BA, McKinlay JB. Changes in sexual function in middle-aged and older men: longitudinal data from the Massachusetts Male Aging Study. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:1502-9.
- Aversa A, Isdori AM, Greco EA, ym. Hormonal supplementation and erectile dysfunction. *Eur Urol* 2004;45:535-8.
- Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, ym. A prospective study of risk factors for erectile dysfunction. *J Urol* 2006;176:217-21.
- Blanker MH, Bohnen AM, Groeneveld FP, ym. Correlates of erectile and ejaculatory function in older Dutch men: a community-based study. *Am Geriatr Soc* 2001;49:436-42.
- Chiurlia E, D'Amico R, Ratti C, ym. Subclinical coronary atherosclerosis in patients with erectile dysfunction. *J Am Coll Cardiol* 2005;46:1503-6.
- Esposito K, Giugliano F, Di Palo C, ym. Effect of life style changes on erectile dysfunction in obese men. A randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:2978-84.
- Franzen D, Metha A, Seifert N, Braun M, Höpp HW. Effects of beta-blockers on sexual performance in men with coronary heart disease: a prospective, randomized and double blind study. *Int J Impot Res* 2001;13:348-51.
- Ginsberg TB, Pomeranz SC, Kramer-Feeley V. Sexuality in older adults: behaviours and preferences. *Age Ageing* 2005;34:475-80.
- Gott M, Hinchliff S. How important is sex in later life? The views of older people. *Soc Sci Med* 2003;56:1617-28.
- Johannes CB, Araujo AB, Feldman HA, Derby CA, Kleinman KP, McKinlay JB. Incidence of erectile dysfunction in men 40-69 years old: longitudinal results from the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 2000;163:460-3.
- Kandeel FR, Koussa VKT, Swedloff RS. Male sexual function and its disorders: physiology, pathophysiology, clinical investigation, and treatment. *Endocr Rev* 2001;22:432-88.
- Kirby RS, O'Leary MP, Carson C. Ef-

- ficacy of extended-release doxazosin and doxazosin standard in patients with concomitant benign prostatic hyperplasia and sexual dysfunction. *BJU Int* 2005;95:103-9.
- Kontula O. Ikäihmistenkin seksielämä on aktiivista ja tyydyttävää. *Duodecim* 2009;125:749-56.
- Koskimäki J, Huhtala H, Hakama M, Tammela TLJ. Erektiohäiriöiden yleisyys ja yhdyntöjen lukumäärä. *Duodecim* 2000;116:737-41.
- Koskimäki J, Shiri R, Tammela T, ym. Regular intercourse protects against erectile dysfunction: Tampere male aging male urological study. *Am J Medicine* 2008;121:592-6.
- Kostis JB, Jackson G, Rosen R, ym. Sexual function and cardiac risk (the Second Princeton Consensus Conference). *Am J Cardiol* 2005;96:313-21.
- Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, ym. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Eng J Med* 2007;357:762-74.
- McVary KT. Erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms secondary to BPH. *Eur Urol* 2005;47:824-37.
- Montorsi F, Briganti A, Salonia A, ym. Erectile dysfunction prevalence, time of onset and association with risk factors in 300 consecutive patients with acute chest pain and angiographically documented coronary artery disease. *Eur Urol* 2003;44:360-5.
- Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S, ym. The artery size hypothesis: a macrovascular link between erectile dysfunction and coronary artery disease. *Am J Cardiol* 2005;96:19-23.
- Nickel JC, Elhilali M, Vallancien G. Benign prostatic hyperplasia (BPH) and prostatitis: prevalence of painful ejaculation in men with clinical BPH. *BJU Int* 2005;95:571-4.
- Rizvi K, Hampson JP, Harvey JN. Do lipid lowering drugs cause erectile dysfunction? A systemic review. *Fam Pract* 2002;19:95-8.
- Rosen R. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). *Eur Urol* 2003;44:637-49.

- Shiri R, Koskimäki J, Hakama M, ym. Prevalence and severity of erectile dysfunction in 50 to 75-year-old Finnish men. *J Urol* 2003;170:2342-4.
- Shiri R, Hakama M, Häkkinen J, Tammela TLJ, Auvinen A, Koskimäki J. Relationship between smoking and erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2005(a);17:164-9.
- Shiri R, Häkkinen J, Koskimäki J, ym. Association between the bothersomeness of lower urinary tract symptoms and the prevalence of erectile dysfunction. *J Sex Med* 2005(b);2:438-44.
- Shiri R, Koskimäki J, Häkkinen J, Tammela TL, Auvinen A, Hakama M. Effect of nonsteroidal anti-inflammatory drug use on the incidence of erectile dysfunction. *J Urol* 2006;175:1812-5.
- Shiri R, Koskimäki J, Tammela TLJ, Häkkinen J, Auvinen A, Hakama M. Bidirectional relationship between depression and erectile dysfunction. *J Urol* 2007;177:669-73.
- Solomon H, Man JW, Wierzbicki AS, Jackson G. Relation of erectile dysfunction to angiographic coronary artery disease. *Am J Cardiol* 2003;91:230-1.
- Taddei S, Galetta F, Virdis A, ym. Physical activity prevents age-related impairment in nitric oxide availability in elderly athletes. *Circulation* 2000;101:2896-901.
- Vlachopoulos, Aznaouridis K, Ioakeimidis N, ym. Unfavourable endothelial and inflammatory state in erectile dysfunction patients with or without coronary artery disease. *Eur Heart J* 2006;27:2640-8.
- Wein AJ, Coyne KS, Tubaro A, Sexton CC, Kopp ZS, Aiyer LP. The impact of lower urinary tract symptoms on male sexual health: EpiLUTS. *BJU Int* 2009;103 Suppl 3:33-41.
- Williams IL, Wheatcroft SB, Shah AM, Kearney MT. Obesity, atherosclerosis and the vascular endothelium: mechanisms of reduced nitric oxide bioavailability in obese humans. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26:754-64.
- Yavuzfil Y, Altay B, Zoghi M, ym. Endothelial function in patients with vasculogenic erectile dysfunction. *Int J Cardiol* 2005;103:19-26