

ESA LEINONEN

LT, professori, ylilääkäri
Tampereen yliopisto, lääketieteen
ja biotieteiden tiedekunta
TAYS, toimialue 5 (psykiatria)

KIRJALLISUUTTA

- 1 Heiman JR. Sexual dysfunction: overview of prevalence, etiological factors, and treatments. *J Sex Res* 2002;39:73–8.
- 2 Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby RM. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord* 1999;56:201–8.
- 3 Serretti A, Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2009;29:259–66.
- 4 Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2001;62 suppl 3:10–21.
- 5 Bolton JM, Sareen J, Reiss JP. Genital anaesthesia persisting six years after sertraline discontinuation. *J Sex Marital Ther* 2006;32:327–30.
- 6 Csoka AB, Shipko S. Persistent sexual side effects after SSRI discontinuation. *Psychother Psychosom* 2006;75:187–8.

Voiko masennuslääkkeen aiheuttama seksuaalisen toiminnan häiriö jäädä pysyväksi?

- Sekä depressioniin että masennuslääkkeiden käyttöön liittyy usein seksuaalisen toiminnan häiriötä. SSRI- ja SNRI-lääkkeitä käyttäneillä haittojen on raportoitu voivan jatkua käytön jälkeenkin.
- Tavallisimpia pitkäaikaisiksi jääneitä haittoja ovat genitaalialueen tunnottomuus tai vähentynyt tuntoherkkyys, seksuaalinen haluttomuus, erektiovaikeudet ja orgasmin vaikeutuminen tai orgasmiaikainen mielihyvän puute.
- Pitkäaikaisten seksuaalihaittojen yleisyyttä tai kestoja ei tiedetä, mutta tutkimusnäyttö ja kliinisen kokemuksen perusteella niiden oletetaan olevan harvinaisia. Elämänlaatua ne voivat kuitenkin heikentää huomattavasti.

Seksuaalisen toiminnan häiriöt ovat väestössä yleisiä: niitä on miehistä 10–52 %:lla ja naisista 25–63 %:lla (1). Niillä tarkoitetaan häiriötä seksuaalisessa halussa, kiihottumisessa tai orgasmissa tai seksiin liittyviä kipuja. Masennuspotilailla ne ovat tavallisia: 40–50 %:lla potilaista on raportoitu olevan ennen masennuslääkehoidon aloittamista seksuaalisen halun vähenemistä ja kiihottumisvaikeuksia ja 15–20 %:lla potilaista orgasmivaikeuksia (2).

Toisaalta masennuslääkkeet aiheuttavat usein seksuaalisia haittavaikutuksia. Ne voivat vähentää seksuaalista halua, aiheuttaa erektio- vaikeuksia miehillä ja kostumusongelmia naisilla ja lisäksi viivästyntä ejakulaatiota ja orgasmivaikeuksia. Arviot näiden haittojen

käyttö lopetetaan. Kasvava tutkimusnäyttö kuitenkin osoittaa, että seksuaalihaittoja voi jäädä jäljelle, vaikka lääkitys lopetetaan (5–16).

Pitkäaikaiset seksuaalihaitat

SSRI-lääkkeiden käytön lopettamisen jälkeen pitkäaikaisiksi raportoituja haittaoireita ovat genitaalialueen tunnottomuus tai vähentynyt tuntoherkkyys, seksuaalinen haluttomuus, erektiovaikeudet ja orgasmin heikkous tai mielihyvän puute orgasmin aikana (taulukko 1) (5–16). Tavallisin on genitaalialueen vähentynyt tuntoherkkyys tai tunnottomuus, ja sen esiintyminen on myös ennustanut häiriön vaikeampaa astetta (13,14).

SSRI-lääkkeen käytön lopettamisen jälkeen jatkuvasta pitkäaikaisesta seksuaalihäiriöstä julkaistiin vuosina 2006–2008 tapausselostuksia yhteensä kahdeksasta potilaasta; nimitykseksi häiriölle esitettiin ”post-SSRI sexual dysfunction” (PSSD) (5–8). Vuonna 2012 julkaistiin Hollannin lääketurvaviranomaisten raportti 13 miehen ja 6 naisen aineistosta. Heille seksuaalinen toimintakyky ei ollut palautunut, vaikka masennuslääkkeiden käytöstä oli kulunut pisimmillään 3 vuotta (9).

Laajin aineisto (75 miestä, 15 naista) masennuslääkkeiden käytön jälkeisistä seksuaalihaittoista on Hoganin ja työryhmän artikkelissa, joka perustuu potilaiden tai lääkäreiden RxISK.org-sivustolle ilmoittamista tapauksista (10). Paljon tapauksia sisälsi myös Ben-Sheetritin ym. tutkimus (13), jossa aihetta koskevan internet-ryhmän sivustolle laitettuun ilmoitukseen vastanneet (n = 532) täyttivät seksuaalisia haittoja

Seksuaalihaittoja voi jäädä jäljelle, vaikka lääkitys lopetetaan.

- 7 Kauffman RP, Murdock A. Prolonged post-treatment genital anesthesia and sexual dysfunction following discontinuation of citalopram and the atypical antidepressant nefazodone. *The Open Women's Health Journal* 2007;1:1–3.
- 8 Csoka AB, Bahrack A, Mehtonen OP. Persistent sexual dysfunction after discontinuation of selective serotonin reuptake inhibitors. *J Sex Med* 2008;5:227–33.

yleisyydestä vaihtelevat järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen mukaan 4 %:sta (moklobemidi) 80 %:iin (sitalopraami, sertraliini, venlafaksiini) 4–12 lääkkeitä viikon jälkeen (3). Eniten seksuaalisia haittavaikutuksia on selektiivisillä serotoniinin takaisinoton estäjillä (SSRI) ja selektiivisellä serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjä (SNRI) venlafaksiinilla (3).

On arvioitu, että noin 20 % masennuslääkkeiden aiheuttamista seksuaalisista haitoista häviää joko kokonaan tai ainakin lievittyy lääkkeitä jatkettaessa (4). Aiemmin niiden on oletettu loppuvan viimeistään, kun lääkkeen

- 9 Lareb, Netherlands Pharmacovigilance Center. SSRI and persistent sexual dysfunction (2012). http://databankwv.lareb.nl/Downloads/KWB_2012_3_SSRI.pdf
- 10 Stinson RD. The impact of persistent sexual side effects of selective serotonin reuptake inhibitors after discontinuing treatment: a qualitative study. Iowa Research Online, 2013. <http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5061&context=etd>
- 11 Hogan C, Le Noury J, Healy D, Mangin D. One hundred and twenty cases of enduring sexual dysfunction following treatment. *Int J Risk Saf Med* 2014;26:109–16.
- 12 Waldinger MD, van Coevorden RS, Schweitzer DH, Georgiadis J. Penile anesthesia in Post SSRI Sexual Dysfunction (PSSD) responds to low-power laser irradiation: a case study and hypothesis about the role of transient receptor potential (TRP) ion channels. *Eur J Pharmacol* 2015;753:263–8.
- 13 Ben-Sheetrit J, Aizenberg D, Csoka AB, Weizman A, Hermesh H. Post-SSRI sexual dysfunction: clinical characterization and preliminary assessment of contributory factors and dose-response relationship. *J Clin Psychopharmacol* 2015;35:273–8.
- 14 Reisman Y. Sexual consequences of post-SSRI syndrome. *Sex Med Rev* 2017;5:429–33.
- 15 Bala A, Tue Nguyen HM, Hellstrom WJG. Post-SSRI sexual dysfunction: a literature review. *Sex Med Rev* 2018;6:29–34.
- 16 Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez OW, Alvarez de Morales Gómez-Moreno E, Fernández Fernández J, Fresno García C, del Mar Fernández Fernández M. Disfunción sexual persistente tras el tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: a propósito de un caso tras la retirada de paroxetina. *Psiquiatría Biológica* 2017;24(2):70–72.
- 17 Bossini L, Fagiolini A, Valdagno M, Polizzotto NR, Castrogiovanni P. Sexual disorders in subjects treated for mood and anxiety diseases. *J Clin Psychopharmacol* 2007;27:310–2.
- 18 Popova NK, Amstislavskaya TG. Involvement of the 5-HT_{1A} and 5-HT_{1B} serotonergic receptor subtypes in sexual arousal in male mice. *Psychoneuroendocrinol* 2002;27:609–18.
- 19 Raap DK, Evans S, Garcia F ym. Daily injections of fluoxetine induce dose-dependent desensitization of hypothalamic 5-HT_{1A} receptors: reductions in neuroendocrine responses to 8-OH-DPAT and in levels of Gz and Gi proteins. *J Pharmacol Exp Ther* 1999;288:98–106.

kartoittavan lomakkeen. Ennalta määriteltyjen kriteerien perusteella 183:lla oli mahdollinen ja heistä 23:lla (19 miestä, 4 naista) todennäköinen pitkäaikainen seksuaalinen haitta masennuslääkkeen lopettamisen jälkeen.

Julkaistut raportit masennuslääkkeiden aiheuttamista pitkäaikaisista seksuaalihaitoista on koottu taulukkoon (taulukko 2). Haitta on seurannut lyhimmillään vain päiviä kestänyttä SSRI-lääkitystä. Toisaalta haitan on raportoitu kestäneen jopa 18 vuotta masennuslääkkeen lopettamisen jälkeen. Useimmin pitkäaikaisia seksuaalihaittoja on raportoitu sitalopraamin, fluoksetiinin, fluvoksamiinin, essitalopraamin, sertraliinin, paroksetiinin ja venlafaksiinin käytön jälkeen (14).

Tutkimusten tulkintaa ja syy-seuraussuhteen arvioimista vaikeuttaa se, että depression liittyvät seksuaaliset toimintahäiriöt ovat hyvin yleisiä: eräässä tutkimuksessa ilman lääkitystä depressiopotilaista 86 %:lla oli seksuaalisen toiminnan häiriöitä ja masennuslääkehoitoa saaneista 73 %:lla (17). Ben-Sheetritin työryhmän tutkimuksessa orgasmiaikaisen mielihyvän menettäminen masennuslääkehoidon lopettamisen jälkeen oli yhteydessä korkeisiin depressiopisteisiin eli jäännösoireisiin (13). He arvioivat erittäin todennäköisesti masennuslääkkeisiin liittyviksi vain sellaiset tapaukset, jossa potilaalla ei ollut masentuneisuus- tai ahdistuneisuusoireita, kun masennuslääkkeiden seksuaalihaittojen kriteerit täytyivät (taulukko 3).

Tutkimusten yleistettävyyteen vaikuttaa myös valikoitumisharha: kyselytutkimuksiin vastaavat juuri sellaiset henkilöt, jotka ajattelevat kärsivänsä masennuslääkkeiden aiheuttamista pitkäaikaisista seksuaalihaitoista. Toinen tyyppiharha on muistiharha, eli depression jälkeisistä seksuaalihaitoista kärsivät potilaat muistavat paremmin lääkekäytön kuin ne, joille haittoja ei ole jäänyt. Kolmas tämänkaltaisiin tutkimuksiin liittyvä systemaattinen virhe on raportointiharha, jolla tarkoitetaan esimerkiksi jo ennen lääkitystä esiintyneiden seksuaalisten toimintahäiriöiden aliraportointia (13). Nämä virhelähteet lisäävät osaltaan asiaan liittyvää epävarmuutta. Lisäksi voi olettaa, että pitkään kestäneen masennuslääkityksen aikana osa lääkkeen käyttäjistä saa pitkäaikaisen seksuaalihäiriön masennuslääkkeestä riippumatta.

TAULUKKO 1.

SSRI- tai SNRI-lääkkeiden käytön lopettamisen jälkeen jatkuneita seksuaalihaittoja.

Genitaalialueen tunnottomuus tai vähentynyt tuntoherkkyys
 Seksuaalinen haluttomuus
 Erektiovaikeudet
 Heikentynyt orgasmi tai orgasmiaikainen mielihyvän puute
 Ennenaikainen siemensyöksy
 Emättimen kostumisvaikeus
 Nännien tunnottomuus

Mekanismi tuntematon

Serotonergisten masennuslääkkeiden käyttöön liittyviä tai niiden käytön jälkeen jäljelle jäävien seksuaalisten toimintahäiriöiden mekanisme ei tunneta. Useita hypoteesejä on esitetty.

Serotoniinilla on keskeinen rooli hypotalamus-aivolisäke-sukurauhakselin toiminnassa. Suuri serotoniinipitoisuus hypotalamuksessa saattaa johtaa tämän akselin vaimennussäätelyn käynnistymiseen ja pienentää testosteronipitoisuuksia (6). SSRI-lääkityksen johtaa juuri 5-HT_{1A}-reseptorien vaimennussäätelyyn (down-regulation) ja desensitisaatioon, joka saattaa olla myös pitkäaikaisten seksuaalihaittojen mekanismi (18,19).

On myös ehdotettu, että ”serotonergisellä neurotoksisuudella” voisi myös olla merkitystä pitkäaikaisten seksuaalihaittojen synnissä, koska 3,4-metyleenidioksimetamfetamiini eli ekstaasi lisää serotoniinin vapautumista ja estää sen takaisinottoa, ja tiedetään, että sen aiheuttamat seksuaalisen toimintahäiriöt voivat jatkua pitkään huumeen käytön lopettamisen jälkeen. Tällöin oletettu mekanismi on aksonaalinen vaurio (13).

Joka tapauksessa yksilöllisellä alttiudella oletetaan olevan merkitystä, koska suurimmalle osalle potilaista ei jää pitkäaikaisia haittoja SSRI-lääkityksestä (13–15).

Diagnostiikka ja hoito

Masennuslääkehoitoa seuraavalle pitkäaikaiselle seksuaalisen toiminnan häiriölle ei ole yleisesti hyväksyttyjä diagnostisia kriteerejä. Usein on vaikeaa saada varmuutta, johtuvatko oireet nimenomaan aiemmasta masennuslääkehoidosta.

Käytännössä diagnoosi tehdään sulkemalla pois muut mahdolliset syyt, kuten ikääntyminen, tupakointi, alkoholi tai muiden päihteiden käyttö, muu lääkehoito ja seksuaalitoiminnan häiriöitä aiheuttavat sairaudet, kuten diabetes, sydän- ja verisuonitaudit ja ennen kaikkea

depressio (14,15). Kilpirauhaskokeita, seerumin kokonaistestosteronipitoisuuden ja vapaan testosteronin pitoisuuden, sukupuolihormoneja sitovan globuliinin (SHBG), prolaktiinin, luteinisoivan hormonin (LH) ja follikkelia stimuloivan hormonin (FSH) määrittämistä on suositeltu (14).

TAULUKKO 2.

SSRI- tai SNRI-lääkityksen lopettamisen jälkeen jatkuneista seksuaalisen toiminnan häiriöistä raportoidut tapaukset.

Tutkimus	Potilaita	Ikä, v (ka tai mediaani)	Oireet	Lääke (annos, mikäli raportoitu)	Lääkityksen kesto	Pitkäaikaisen seksuaalihaitan kesto hoidon päättymisen jälkeen ¹
Bolton ym. 2006	1	26	genitaalialueen tunnottomuus, seksuaalinen haluttomuus, orgasmivaikeus	sertraliini	5 kk	6 v
Csoka ym. 2006	3	24, 27, 30	genitaalialueen tunnottomuus, seksuaalinen haluttomuus, erektiovaikeus	sitalopraami 20 mg, fluoksetiini 20 mg, sertraliini 50 mg	1 kk - 2 v	ei raportoitu
Kauffman ym. 2007	1	32	genitaalialueen tunnottomuus, orgasmivaikeus	sitalopraami 20 mg, nefatsodoni 200 mg ²	1 kk	> 1 v
Csoka ym. 2008	3	28, 29, 44	genitaalialueen tunnottomuus, erektiovaikeus, seksuaalinen haluttomuus, orgasmivaikeus, orgasminaikainen mielihyvän puute	fluoksetiini 20 mg, sitalopraami 20 mg, samalla potilaalla paroksetiini 40 mg, sertraliini 100 mg, venlafaksiini 150 mg, milnasipraani 100 mg	4 kk - 2 v	ei raportoitu, mainittu pisimpään kestänyt tapaus (11 v)
Lareb Quarterly Report 2012	19	30 (20-59)	seksuaalinen haluttomuus, orgasmivaikeus, erektiovaikeus	paroksetiini (n = 5), sertraliini (n = 4), venlafaksiini (n = 4), sitalopraami (n = 4), fluoksetiini (n = 2), fluvoksamiini (n = 1), essitalopraami (n = 1)	9 vrk - 10 v	2 kk - 2 v
Stinson 2013	9	34,8 (22-59)	seksuaalinen haluttomuus, genitaalialueen tunnottomuus, erektiovaikeus, orgasmivaikeus, orgasminaikainen mielihyvän puute	essitalopraami, fluoksetiini, sertraliini, paroksetiini, sitalopraami	7 kk - 14 v	2 kk - 3 v 9 kk
Hogan ym. 2014	90	30,9 (15-65)	seksuaalinen haluttomuus (n = 63), orgasmivaikeus (n = 50), erektiovaikeus (n = 42), genitaalialueen tunnottomuus (n = 23)	sitalopraami (n = 18), paroksetiini (n = 18), essitalopraami (n = 15), sertraliini (n = 14), fluoksetiini (n = 13), venlafaksiini (n = 9), duloksetiini (n = 2), desvenlafaksiini (n = 1), nefatsodoni (n = 1)	3 vrk - 16 v	ei raportoitu, mainittu pisimpään kestänyt tapaus (18 v)
Waldinger ym. 2015	1	ei raportoitu	genitaalialueen tunnottomuus, orgasmivaikeus, erektiovaikeus	paroksetiini 20 mg	2,5 v	2 v
Ben-Sheetrit ym. 2015	23	32,9 (21-47)	genitaalialueen tunnottomuus, orgasminaikainen mielihyvän menetys	fluoksetiini (n = 6), essitalopraami (n = 5), sitalopraami (n = 5), venlafaksiini (n = 3), sertraliini (n = 2), paroksetiini (n = 1), desvenlafaksiini (n = 1)	4 vrk - 5 v	1 kk - 16 v
Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez ym. 2017	1	29	seksuaalinen haluttomuus, erektiovaikeus	paroksetiini 20 mg	9 kk	3 kk

¹ raportointihetkellä (ei lopullinen kesto) ² seksuaaliset häirtävaikeudet alkoivat jo sitalopraamilääkityksen aikana

- 20 McGahuey CA, Glenberg AJ, Laukes CA ym. The Arizona sexual experience scale (ASEX): Reliability and validity. *J Sex Marital Ther* 2000;26:25–40.
- 21 Zigmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361–70.
- 22 Clayton AH, Warnock JK, Kornstein SG, Pinkerton R, Sheldon-Keller A, McGarvey EL. A placebo-controlled trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2004;65:62–7.
- 23 Lam RW, Kennedy SH, Grigoriadis S ym; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. *Pharmacotherapy*. *J Affect Disord* 2009;117 suppl 1:S26–43.

Seksuaalitoiminnan häiriö on todennäköisesti masennuslääkkeiden aiheuttama, kun

- 1) muut syyt on suljettu pois ja
- 2) seksuaalisen toiminnan häiriö on alkanut yleensä pian SSRI- tai SNRI-lääkityksen aloittamisen jälkeen,
- 3) potilaalla ei ole ollut seksuaalisen toiminnan häiriötä ennen SSRI- tai SNRI-lääkityksen aloittamista ja
- 4) potilas on toipunut depressiosta tai ahdistuneisuushäiriöstään ja masennuslääkehoito on lopetettu, mutta seksuaalinen toimintahaitta jatkuu (14,15).

Diagnostiikan apuna voi käyttää Ben-Sheetritin työryhmän kriteerejä (taulukko 3).

Lääkehoidon lopettamisen jälkeen jatkuvaan seksuaalihäiriöön ei ole näyttöön perustuvaa hoitoa. Yksittäisiä tapausselostuksia ja hoitokeiluja eri lääkkeillä on raportoitu. Yleensä on yritetty vaikuttaa serotonergiseen tai dopaminergiseen järjestelmään. Hoganin ym. (10) tutkimuksessa kokeiltiin 5-HT₁-agonisteja, kuten buspironia, ja 5-HT₂- ja 5-HT₃-antagonisteja, kuten tratsodonia ja mirtatsapiinia, mutta ilman merkittävää vaikutusta. Myöskään dopamiinagonisteista, kuten pramipeksolista ja kabergoliinista, tai bupropionista, deksamfetamiinista tai muista stimulanteista ei ole ollut merkittävää hyötyä (10).

Sildenafilista, vardenafilista ja testosteronista saatu hyöty on ollut vähäinen (10). Toisaalta yksittäisille potilaille injektoitava alprostaadiili ja eräälle potilaalle sildenafili on tuonut ainakin väliaikaisen helpotuksen erektio-ongelmiin, mutta ei muihin oireisiin, kuten genitaalialueen tuntoherkkyyden vähenemiseen (8). Yhdellä potilaalla pienitehoinen laserhoito paransi huomattavasti (40 %) peniksen tuntoherkkyyttä, mutta erektio- ja orgasmivaikeuksiin siitä ei ollut apua (12).

Laihduttamista ja tupakoinnin lopettamista on suositeltu, koska tupakointi ja ylipaino lisäävät testosteronin muuntumista estrogeeniksi. Kognitiivis-behavioraalista psykoterapiaa on käytetty lisäämään selviytymiskeinoja, esimerkiksi muokkaamaan negatiivisia ajatuksia seksuaalisesta kykenemättömyydestä ja huonosta itsetunnosta. Kumppanit otetaan mukaan terapiaan, koska ongelma koskee myös heitä. Seksuaali- ja pariterapiaa on käytetty potilaiden ja heidän kumppaniensa tukemisessa (15).

Riskitekijöitä masennuslääkkeiden käytön lopettamisen jälkeen jatkuvan pitkäaikaisen seksuaalihaitan kehittymiselle ei tunneta, eikä näin ollen valitettavasti ole keinoja tietää, kenelle se kehittyy. Masennuslääkkeistä esimerkiksi bupropionilla ei ole serotoniinivaikutusta,

TAULUKKO 3.

Ben-Sheetritin ym. tutkimuksessa käytetyt kriteerit SSRI- tai SNRI-lääkkeen käyttöön liittyvälle pitkäaikaiselle seksuaalihaitalle (13).

MAHDOLLINEN TAPAUS – kaikkien seuraavien ehtojen tulee täytyä:

1. SSRI- tai SNRI-lääkityksen aikana alkanut seksuaalinen toimintahäiriö
2. Kun seksuaalihaitta ilmeni, potilaalla ei ollut käytössä muita lääkkeitä
3. Potilaalla ei ollut seksuaalisia toimintahäiriötä ennen SSRI- tai SNRI-lääkityksen aloittamista
4. SSRI- tai SNRI-lääkitys lopetettu ainakin 1 kk aiemmin
5. Seksuaalinen toimintahäiriö jatkui, vaikka lääke lopetettiin, ja se oli mitattavissa ASEX-asteikolla¹

ERITTÄIN TODENNÄKÖINEN TAPAUS – kaikkien seuraavien ehtojen tulee täytyä:

Kaikki edellisessä kohdassa mainitut sekä seuraavat:

6. Potilas on alle 50-vuotias
7. Potilaalla ei ole sellaista sairautta, johon voisi liittyä seksuaalinen toimintahäiriö
8. Potilaalla ei ole mitään muuta lääkitystä, johon voisi liittyä seksuaalinen toimintahäiriö
9. Potilas ei käytä mitään päihteitä, joilla voisi olla seksuaalisia haittavaikutuksia
10. Potilaalla ei ole depressiota HADS-asteikolla² mitattuna (depressio-osiossa 0–7 pistettä)
11. Potilaalla ei ole ahdistuneisuutta HADS-asteikolla² mitattuna (ahdistuneisuus-osiossa 0–7 pistettä)

¹ ASEX = Arizona Sexual Experience Scale (20) ² HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale (21)

vaan se on dopamiinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjä. Erään tutkimuksen mukaan SSRI-lääkityksen aiheuttaman seksuaalisen toimintahäiriön on havaittu vähentyneen ja seksuaalisen halun ja aktiivisuuden määrän lisääntyneen, kun hoitoon on lisätty bupropioni (22).

Pitkäaikaisia seksuaalihaittoja ennustavia tekijöitä ei toistaiseksi tunneta.

SSRI-lääkkeen käytön lopettamisen jälkeisen seksuaalisen toimintahäiriön hoidossa bupropionista ei sen sijaan ole tutkimusnäyttöä.

Tehokasta hoitoa kaivataan

Sekä depression että masennuslääkkeiden, varsinkin SSRI- ja SNRI-lääkkeiden, käyttöön liittyy usein seksuaalisia toimintahäiriöitä. Jos häiriöt liittyvät masennukseen, ne voivat lievitä masennuslääkehoidon aloittamisen jälkeen, kun potilas toipuu depressiosta. On myös yhä enemmän näyttöä siitä, että seksuaalihaittoja voi jäädä jäljelle, vaikka masennuslääkkeen käyttö lopetetaan.

Hyvään potilasohjaukseen kuuluu aina ennen masennuslääkehoidon aloittamista mahdollisista haitoista kertominen. Mikäli potilas pelkää tai hänelle on aiemmin aiheutunut masennuslääkkeistä seksuaalihaittoja mutta lääkehoito on välttämätön, hoidon voi aloittaa muulla kuin serotoniinin kuljetusproteiinin toimintaa estävällä masennuslääkkeellä. Suomessa käytössä olevista masennuslääkkeistä vähiten seksuaalisia häirtävaikutuksia liittyy bupropioniin, agomelatiiniin, moklobemidiin ja mirtatsapiiniin. Näillä lääkkeillä seksuaalisia haittoja on raportoitu olevan saman verran kuin lumelääkkeellä (alle 14 %) (3,23).

Pitkäaikaisia seksuaalihaittoja ennustavia tekijöitä ei toistaiseksi tunneta eikä niiden yleisyydestä ole tietoa. Oireyhtymän arvioidaan kuitenkin olevan alidiagnostoitu. Tehokkaaksi osoittautunutta hoitoa ei ole tarjolla. Masennuslääkkeitä käyttävistä potilaista suurin osa on naisia, mutta pitkäaikaisia seksuaalihaittoja raportoineista potilaista valta-osa on miehiä.

Pitkäaikaisiin seksuaalihaittoihin liittyy usein huomattava elämänlaadun heikkenemistä ja kärsimystä. Olisikin tärkeä saada lisää tutkimustietoa ja löytää oireyhtymään tehoava hoito. ●

SIDONNAISUUDET

Esa Leinonen: Konsultointipalkkio (Servier), luentopalkkio (Lundbeck).

English summary | www.laakarilehti.fi | in english

Can sexual dysfunction due to antidepressants remain permanently?

ESA LEINONEN

Professor, Head of Department
University of Tampere and
Tampere University Hospital

Can sexual dysfunction due to antidepressants remain permanently?

Depression as such can cause sexual dysfunction but selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and selective serotonin–norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) are themselves often associated with sexual side effects. There is some evidence that in a few patients this medication-related sexual dysfunction may persist beyond cessation of antidepressants. This is called post-SSRI sexual dysfunction (PSSD) and its exact prevalence is unknown. The symptoms include genital anaesthesia (decrease in sensation and numbness in the genital area), decreased libido, pleasureless or weak orgasm, erectile dysfunction, premature ejaculation, vaginal lubrication problems and nipple insensitivity. The mechanism of PSSD is unknown. The diagnosis of PSSD is challenging, it is crucial to exclude all other aetiologies of sexual dysfunction. There is no definite treatment for PSSD. Further studies are needed to determine the cause, mechanism and most importantly the treatment for PSSD.