

Hur betraktas och behandlas erektil dysfunktion hos diabetespatienter på Tibro vårdcentral?



Författare:

Mirza Homi, ST-läkare, Närhälsan Tibro vårdcentral

Rapport 2024:11

FoUUI-centrum Skaraborg

Rapport 2024:11

Projekt databasen FoU i VGR:

<https://www.researchweb.org/is/vgr/project/283837>

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik
FoUII-centrum primär och nära vård Skaraborg

Handledare:

Margareta Hellgren, Med. dr. Specialist i Allmänmedicin, docent
Göteborgs universitet, Skaraborgsinstitutet.

Sammanfattning

Bakgrund

Cirka 50 % av alla män över 40 år lider av erektil dysfunktion/impotens, och det är särskilt vanligt hos män med diabetes mellitus typ 2 (DMT2). Idag finns såväl regionala som nationella riktlinjer för utredning och behandling men trots det finns belägg för underdiagnostik och underbehandling. I denna studie har vi därför valt att studera utredning och behandling för individer med erektil dysfunktion på Närhälsan Tibro vårdcentral.

Metod

Studien är en tvärsnittsstudie av patienter med DMT2 som fått diagnos erektil dysfunktion, N48.4, mellan 2021-04-28 och 2023-04-27 på Närhälsan Tibro vårdcentral. För utvalda patienter granskades journalen, via utdataverktyget Medrave M4, Medrave Software AB, manuellt gällande förekomst av aktuella bakgrundsfaktorer, genomförd utredning och given behandling.

Resultat

Totalt 23 patienter, män, med DMT2 och diagnos erektil dysfunktion identifierades i vår studie. Av dessa hade 21 patienter fått adekvat behandling. Två av patienterna var inte intresserade. I samtliga fall var det patienten själv som initierade frågan om erektil dysfunktion. Majoriteten av patienterna behandlades med Sildenafil. Gruppen karaktäriserades av att 87 % hade hypertoni, 65 % var överviktiga och 61 % hade höga blodfetter. Medelåldern i gruppen var 68 år och i genomsnitt hade de patienter som tog upp frågan om erektil dysfunktion haft diagnosen i 10 år. Samtliga 23 patienter har under utredningens gång genomgått prostataundersökning och 20 av 23 patienter har även lämnat prostataspecifikt antigen prov (PSA) medan 3 av 23 patienter har lämnat testosteronprov.

Konklusion

I vår studie framkommer en misstänkt underdiagnostisering av erektil dysfunktion på Närhälsan Tibro vårdcentral. Det kan finnas skäl att öka uppmärksamheten på detta tillstånd. Vidare noteras att en stor andel av patienterna med erektil dysfunktion har en bakomliggande metabol orsak och att dessa patienter dessutom ofta har fler faktorer som kan orsaka sjukdomen. Därför är det viktigt att se erektil dysfunktion som en riskfaktor för kardiovaskulär sjukdom och att även ta upp problematiken vid besök av män som redan har sjukdomar som diabetes, hypertoni eller hjärt- och kärlsjukdom.

Nyckelord

Erektil dysfunktion, kvalitetssäkring, primärvård.

Innehåll

Bakgrund	1
Utredning.....	1
Behandling.....	2
Syfte	3
Frågeställningar	3
Metod.....	3
Design och studiepopulation.....	3
Urval	3
Datainsamling och analys.....	4
Etiska överväganden	4
Resultat.....	4
Bakgrundsdata.....	4
Utredning.....	5
Bakomliggande riskfaktorer	5
Behandling.....	6
Diskussion	7
Resultatdiskussion.....	7
Slutsats.....	8
Referenslista	9

Bakgrund

Erekttil dysfunktion är en vanlig sjukdom bland män, och förekommer oftare hos personer med diabetes. Impotens eller erektil dysfunktion, det vill säga oförmåga att bibehålla erektion för tillfredställande sexuell aktivitet, drabbar många män någon gång under livet. Epidemiologiska data tyder på att 5–20 % av alla män uppvisar måttlig till hög grad av erektil dysfunktion (1). Andra studier har påpekat att cirka 50 % av alla män över 40 år uppger olika grader av erektil dysfunktion (2). Symtomen påverkar ofta livskvaliteten samt den psykosociala och fysiska hälsan negativt, både för patienten och familjen.

De vanligaste bakomliggande orsakerna till impotens är: hjärta- och kärlsjukdom, prostatahyperplasi, operationsbegrepp i prostata och urinblåsan, alkoholmissbruk, övervikt (bukfetma), neurologisk sjukdom, psykologiska besvär och läkemedelsbiverkningar. Andra riskfaktorer är strålbehandling mot prostatan eller genomgången prostatektomi. Erekttil dysfunktion kan vara ett tidigt tecken på generell vaskulär insufficiens varför hjärt- och kärlutredning kan vara indicerat för dessa patienter (3,4).

Enligt American Diabetes Association är prevalensen av erektil dysfunktion hos personer med diabetes högre än hos individer som inte har diabetes. Forskning visar att mellan 35 % och 75 % av män med diabetes upplever någon form av impotens, beroende på vilken studie man tittar på (5). Det finns flera faktorer som kan leda till erektil dysfunktion hos personer med diabetes, till exempel neuropati (skador på nerver), ateroskleros (förträngning av blodkärl) och hormonell obalans i form av testosteronbrist (6).

Bedömning inför behandling av erektil dysfunktion kräver en grundlig utredning av bakomliggande faktorer där både kroppslig undersökning, anamnes och provtagning ingår (7).

Utredning

En omfattande bedömning av erektil dysfunktion är viktig för att identifiera eventuella underliggande orsaker och bestämma den bästa behandlingsplanen för varje enskild patient. Det är viktigt att kvalificerad sjukvårdspersonal utför denna bedömning och rekommenderar lämplig behandling för att förbättra sexuell funktion och livskvalitet.

Bedömningen av erektil dysfunktion bör omfatta en grundlig medicinsk och sexuell historia, fysisk undersökning och eventuella laboratorieprover samt bildundersökningar i speciella fall.

En detaljerad medicinsk historia bör innefatta frågor som tidigare och nuvarande sjukdomar, mediciner och tidigare operationer. En sexuell historia bör inkludera frågor om sexuell aktivitet, samlag, förmåga att behålla erektion, sexuell lust och eventuella sexuella dysfunktioner. Psykologiska faktorer som ångest, depression och stress bör också beaktas i bedömning av erektil dysfunktion (8).

Den fysiska undersökningen ska innefatta en mycket noggrann undersökning av underlivet, prostata och neurologiska funktioner. Laborrietester såsom mätning av blodsocker, lipidprofil och hormonnivåer kan också behövas för att identifiera eventuella underliggande medicinska tillstånd. Bild undersökningar, såsom ultraljud av penis eller angiografi, kan användas för att utvärdera blodflödet till penis och fastställa om det finns några anatomiska avvikelser som kan orsaka erektil dysfunktion (9).

Behandling

Behandlingsmässigt finns idag effektiv läkemedelsbehandling i form av fosfodiesterashämmare som förstahandsbehandling.

Sildenafil ger effekt på 30–60 minuter efter administrering. Effekten kan hålla i sig upp till 6–12 timmar beroende på dosen. Vid intag av fettrik måltid reduceras effekten av Sildenafil på grund av förlängd absorption (10).

Tadalafil har effekt i cirka 30 minuter efter intag, med maximal effekt efter två timmar och upp till 36 timmar beroende på dosen. Effekten påverkas inte av mat. Daglig användning av tablett på 5 mg kan rekommenderas hos patienter med samtidig LUTS (nedre urinvägssymtom) eller BPH (godartad prostataförstoring) och erektil dysfunktion. Försiktighet rekommenderas vid samtidig behandling med alfa-1-receptorblockerare, till exempel Doxazosin, på grund av risk för hypotension (11).

Vid psykologiska besvär bör psykologisk behandling övervägas med både samtalsterapi och läkemedel. Misstanke om en renodlad psykogen impotens stärks om patienten är ung, uppger varierande sexuell förmåga och har bibehållen natt- och morgonerektion. Patientens övergripande sexuella medicinska välbefinnande, ur en psykologisk och kulturell aspekt samt socialt kan behöva ses över. Ofta behöver även en eventuell partner inkluderas. Även livsstilsåtgärder till exempel viktminskning, nikotinavvänjning och metabol kontroll är viktiga. Sexualrådgivning och parterapi är också betydelsefulla delar av behandlingen (12).

Den kardiologiska ansträngningen vid sexuell aktivitet kan likställas med en promenad på 1,6 km på 20 minuter alternativt trappgång två våningar på 10 sekunder. Av detta skäl bör patienter med hjärt- och kärlsjukdomar bedömas kardiologiskt innan behandling av erektil dysfunktion inleds.

Läkemedlen är kontraindicerade hos patienter med hjärtinfarkt, stroke eller livshotande arytmier de senaste sex månaderna, samt hos de med ortostatism, obehandlad instabil angina eller hjärtsviktklass IV NYHA (New York Heart Association) (13).

Endokrin behandling

Hormonell insufficiens är en ovanlig orsak till impotens, men är lätt att behandla. Behandlingsalternativen utgörs av injektion med Nebido var tredje månad eller testosteron i gelform vilket appliceras en gång dagligen

(Testogel, Tostrex eller Testim). Testosteronvärden, PSA och hematokrit följs inför eventuell dosjustering. Dessa patienter bör i första hand remitteras till en androlog, alternativt till en urolog.

Det finns även andra behandlingar med injektioner och kirurgiska begrepp (14).

Eftersom erektil dysfunktion är ett mycket vanligt tillstånd hos patienter med DMT2 är det viktigt att patienterna får den hjälp som erbjuds. Trots att det finns bra behandling finns misstankar om att problemet med erektil dysfunktion både är underdiagnostiserat och underbehandlat. I denna studie kommer vi att undersöka hur vi på Närhälsan Tibro vårdcentral beaktar och behandlar erektil dysfunktionproblematiken.

Syfte

Syftet är att ta reda på hur diabetespatienter med erektil dysfunktion utreds, behandlas och medicineras på Närhälsan Tibro vårdcentral.

Frågeställningar

1. Vem initierade frågan om erektil dysfunktion?
2. Hur länge har patienter med erektil dysfunktion haft diabetesdiagnos?
3. Vilka mediciner har patienterna?
4. Hur har patienterna utretts för erektil dysfunktion?
5. Har patienterna fått behandling och i så fall vilken?
6. Vilka bakgrundsfaktorer för erektil dysfunktion förekommer bland patienterna?

Metod

Design och studiepopulation

Studien är en tvärsnittsstudie på Närhälsan Tibro vårdcentral. Vårdcentralen har 4 250 män listade varav 300 med diagnos DMT2. Patienter med DMT2 kontrolleras regelbundet hos diabetessköterskan samt årligen av läkare enligt rutin.

Urval

Med hjälp av databasen Medrave M4, Medrave Software AB, plockas patienter med diagnos DMT2 och erektil dysfunktion de senaste två åren (2021–2022) ut för genomgång av journalanteckningar. Ur journalen fokuserade man på frågeställningarna enligt ovan och följande diagnoser valdes ut för studien:

- N48.4 Impotens av organisk orsak
- E11.5W Diabetes mellitus typ 2 med annan perifer kärlkomplikation

- F52.9 Ospecificerad sexuell dysfunktion, ej orsakad av organisk störning eller sjukdom

Datainsamling och analys

Patienterna identifierades och journalen granskades manuellt avseende på ålder, blodtryck, glukosvariabler, utredning, åtgärder och medicinering. Vi tittade också särskilt på vem som initierat utredning och behandling, sköterska, läkare eller patienten själv. Förekomst av aktuella bakgrundsfaktorer i form av övriga diagnoser noteras och dokumenteras, numeriska data insamlas och kategoriska värden redovisas som antal, procent och kontinuerliga värden som medelvärden och standarddeviation.

Etiska överväganden

Denna studie innehåller känslig information eftersom många helst inte vill diskutera sjukdomstillstånd av sexuell karaktär och detta kan leda till risk för integritetskränkning av patienten. För studien aidentifieras patienterna och personnummer ersätts med ett löpnummer vilket minskar risken för identifikation. Då studien kan hjälpa till att identifiera en grupp patienter som tidigare inte uppmärksammats anses möjligheten att ge patienterna en bättre behandling och att överträffa riskerna.

Resultat

Bakgrundsdata

Med hjälp av utdata verktyget Medrave M4, Medrave Software AB, på Närhälsan Tibro vårdcentral hittade vi 23 män med diagnosen erektil dysfunktion, dessa har också DMT2 och har fått sin första diagnosregistrering för erektil dysfunktion mellan 2021-04-28 och 2023-04-27. Medelåldern i gruppen var cirka 68 år och majoriteten av populationen var överviktig. Medel-HbA1c var högre än rekommenderat och låg på 56 mmol/mol. De män som inkluderades hade i genomsnitt haft sin diabetes cirka 10 år, tabell 1.

Närhälsan Tibro vårdcentral har ungefär 4 250 män listade, varav 300 med DMT2 ger det en beräknad prevalens på cirka 8 % i vår studie.

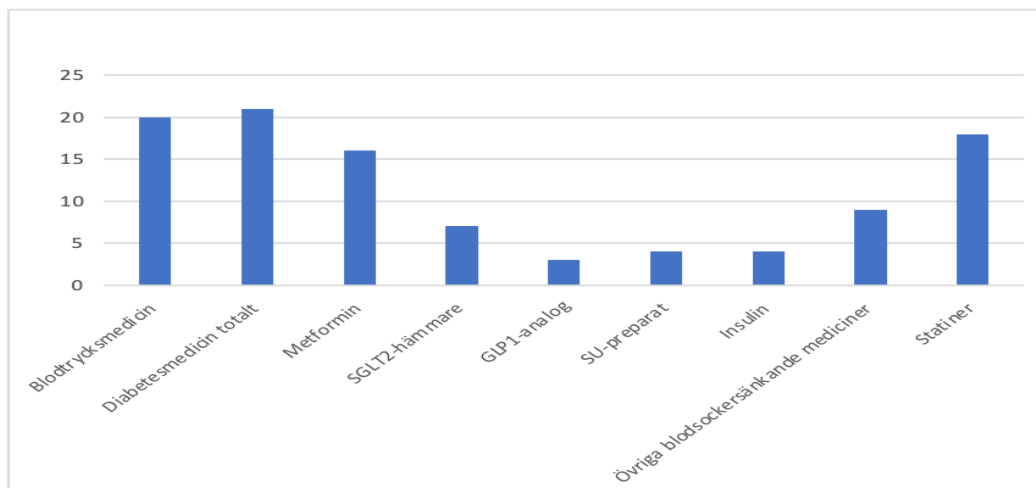
Tabell 1. Patient karakteristika.

	Män med erektil dysfunktion (n=23)
Ålder år (SD)*	67,5 (11,6)
BMI kg/m ² (SD)	30,5 (5,2)
HDL mmol/L (SD)	1,4 (1,5)
LDL mmol/L (SD)	2,0 (0,5)
Triglycerider mmol/L (SD)	1,5 (1,0)
Blodtryck mmHg (SD)	140 (16)

Systoliskt Diastoliskt	80 (10)
HbA1c mmol/mol (SD)	56 (14)
Kreatinin blodprov	82,5 (18,2)
År sedan diagnos	10 (8,5)

BMI= Body mass index, HDL= High density lipoprotein, LDL= low density lipoprotein. *SD = Standarddeviation.

I stort sett alla patienter medicinerade för sin diabetes och majoriteten med Metformin, nästan lika många (20 personer) medicinerade för hypertoni. Få hade GLP1-analoger eller SU-preparat, figur 1.



Figur 1. Medicinering hos patienter med erektil dysfunktion. Övriga blodsockersänkande mediciner: Januvia, Trajenta och Repaglinid.

Utredning

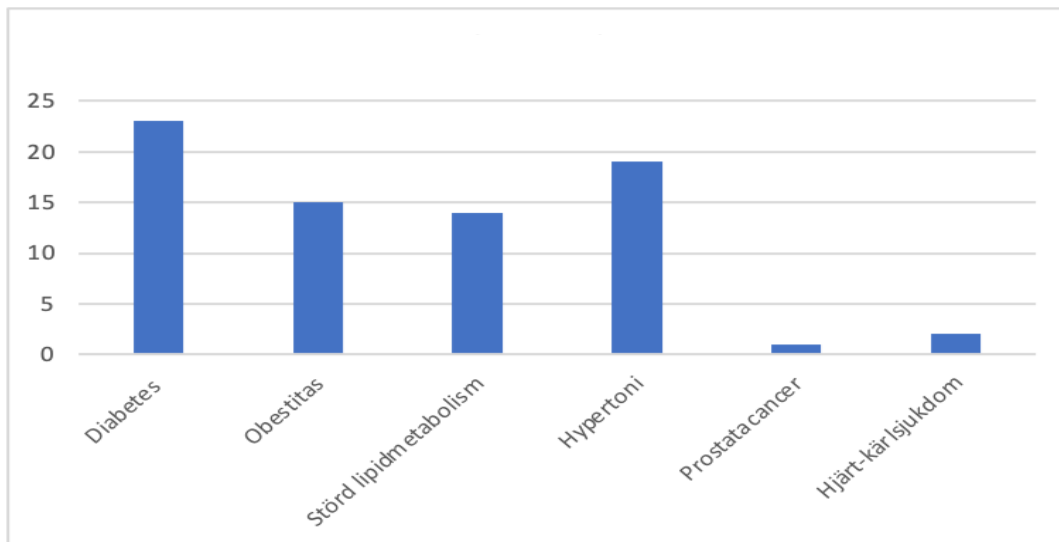
Alla patienter med diagnos erektil dysfunktion har undersökts med blodstatus, blodtryck, puls, kreatinin, HbA1c samt yttre genitala och prostatan har bedömts. Det var 3 av 23 patienter som fick ta ett testosteronprov. Utredningen innehöll sexuell anamnes och 17 av 23 patienter blev tillfrågade om förmåga att kunna bibehålla erektionen och om andra eventuella sexuella dysfunktioner. Totalt 3 av 23 patienter blev tillfrågade om ångestproblematik och stress. Dessa patienter tillfrågas om när den sexuella dysfunktionen började samt om morgonstånd och nattliga erektioner. Av 23 patienter gav 2 ingen sexuell anamnes på grund av att de inte var intresserade av behandling på grund av ålder och sjukdomar. Samtliga 23 patienter hade under utredningens gång genomgått prostataundersökning och 20 av 23 patienter hade under utredningens gång även lämnat PSA-prov medan 3 av 23 patienter hade lämnat testosteronprov.

Bakomliggande riskfaktorer

Vid värdering av bakomliggande orsaksfaktorer framkom att de vanligaste var åldern, obesitas, hypertoni och diabetes. Några patienter som inte hade någon påvisad metabol orsak hade prostata-/blåsbesvär eller genomgått någon form av blås-prostataoperation. Även i vårt material fanns en del patienter med bakomliggande hjärt-/kärlsjukdom som tänkbar orsak. Det

var 15 patienter som hade obesitas, 19 med diagnosen hypertoni, 14 med höga blodfetter och en patient som inte hade någon påvisad metabol orsak men opererats på grund av prostatacancer, figur 2.

Av de här aktuella patienterna var det två som, bortsett från DMT2, inte uppvisade några andra bakomliggande orsaker till erektil dysfunktion och där psykiskt illabefinnande kunde misstänkas. Båda hade, utöver tablettbehandling, erhållit livsstilsrådgivning och en hade fått rekommendationer om kuratorssamtal, figur 2.



Figur 2. Bidragande orsaker till erektil dysfunktion.

Behandling

I samtliga studerade fall hade frågan om erektil dysfunktion initierats av patienten själv. Ingen av personalen har tagit upp frågan, enligt journal. Alla patienter på Närhälsan Tibro vårdcentral som hade diagnoserna diabetes och erektil dysfunktion hade fått någon form av behandling utom de två patienter som inte var intresserade, se ovan. Alla 23 patienter fick rådgivning om medicinering och 15 av patienterna fick livsstilsråd. De patienter som använde Alfuzosin fick rådgivning om att pausa detta på försök. Övriga fick rekommendation att minska vikten, äta regelbundet och ta mediciner enligt rekommendation.

Den vanligaste farmakologiska behandling som rekommenderades på Närhälsan Tibro vårdcentral var tablettbehandling med Sildenafil (78 %) som förstahandsbehandling. En patient fick behandling med Cialis men bytte sedan till Sildenafil på grund av bristande effekt. Två patienter erhöll ingen behandling enligt egen önskan. De som erhållit Sildenafil var genomgående nöjda med medicineringen.

Klinisk betydelse

Utifrån studien kommer vi öka uppmärksamheten på erektil dysfunktion och ta fram underlag för handläggandet av sjukdomen för patienter med diabetes som framtida förbättringar på Närhälsan Tibro vårdcentral. Syftet är att åstadkomma en kvalitetshöjning för både patienterna och vården.

Diskussion

Resultatdiskussion

I studien framkom att patienter med diabetes och erektil dysfunktion på Närhälsan Tibro vårdcentral har utretts enligt rekommendation, dock hade endast 3 av patienterna undersökts med testosteronprov. De som fått diagnos har dock erbjudits behandling. Den låga prevalensen kan förklaras med att alla med diagnos erektil dysfunktion själva var de som initierade frågan. Det finns en stor potential för förbättrade rutiner när det gäller att uppmärksamma problemet och ställa frågan angående erektil dysfunktion.

Utav 300 män med diabetes på Närhälsan Tibro vårdcentral hade 23 diagnos erektil dysfunktion och en medförande prevalens på cirka 8 %. Prevalensen är låg jämfört med vad andra studier visar. I en studie från USA om diagnos och behandling för erektil dysfunktion fann man att impotens är ovanligt i yngre åldrar men ökar successivt med åldern och i en generell population i åldersgruppen 60–69 år hade en prevalens på 11,5 %. Prevalensen av erektil dysfunktion är generellt låg men ökar alltså med åldern, speciellt hos patienter med komorbiditet.

Intressant är att av alla som fått diagnos erektil dysfunktion på Närhälsan Tibro vårdcentral hade samtliga själva initierat till frågan. En stor majoritet av denna äldre grupp patienter hade metabola orsaker vilket var förväntat utifrån tidigare studier (17). Däremot fanns även i detta begränsade material två patienter där psykologiska orsaker kunde misstänkas.

För en stor del av patienterna hade blodstatus, blodtryck, puls, kreatinin och HbA1c kontrollerats. Även genitila och prostata hade bedömts och en del hade fått ta ett testosteronprov. Av studien framgick det dock att anamnesen ibland var bristfällig. Enligt European association of Urology (EAU) ska sådana utredningar innehålla bra sexuell anamnes, provtagning för testosteron och prostataundersökning (10). Detta ger utrymme för förbättring. Det är viktigt att en diagnostisk utredning är fullständig och komplett. Detta för att kunna bidra till avslöjandet av vanliga sjukdomar som är sammankopplade med erektil dysfunktion. Dessutom var utredningen ofta inte fullständig, sannolikt mot bakgrund av tidsbrist på mottagningen.

Majoriteten av patienterna fick utmärkt effekt av läkemedel så som Sildenafil. Ett stort antal av patienterna behandlades med läkemedel vilket stämmer överens med rekommendationer från EAU (10). Det rekommenderas även behandling med livsstilsförändringar och behandling med Sildenafil, Cialis och Viagra. I denna studie har 23 patienter med erektil dysfunktion identifierats varav 21 fick behandling då två patienter inte var intresserade, som tidigare nämnts.

Vid värdering av bakgrundsfaktorer framkom att de vanligaste faktorerna i vår studie var utöver DMT2, ålder, obesitas och högt blodtryck. Även i detta begränsade material fanns också ett par patienter med hjärt- och kärlsjukdom som bidragande tänkbar orsak.

Slutsats

I denna studie framkommer en sannolik underdiagnostisering av erektil dysfunktion vid Närhälsan Tibro vårdcentral. Detta kräver att uppmärksamheten ökas vid både sköterske- och läkarbesök. Vårdcentralen behöver också förbättra rutiner för utredningen av erektil dysfunktion, inte minst ha en uppmärksamhet på bakomliggande kardiovaskulär sjuklighet. Förslagsvis kan utredningen primärt förbättras med en ordentlig kroppslig undersökning, noggrann sexuell anamnes och adekvat provtagning.

Referenslista

1. Erekttil dysfunktion – Endokrinologföreningen, 2017 Url: <https://endokrinologforeningen.se/wp-content/uploads/2018/04/Erekttil-dysfunktion.pdf> (Åtkomst 2024-11-05)
2. Wessells H, Joyce GF, Wise M, Wilt TJ. Erectile dysfunction. *J Urol*. 2007;177(5):1675-1681.
3. Ludwig W, Phillips M. Organic causes of erectile dysfunction in men under 40. *Urol Int*. 2014;92(1):1-6.
4. Cleveringa FG, Meulenberg MG, Gorter KJ, van den Donk M, Rutten GE. The association between erectile dysfunction and cardiovascular risk in men with Type 2 diabetes in primary care: it is a matter of age. *J Diabetes Complications*. 2009;23(3):153-159.
5. Defeudis G, Mazzilli R, Tenuta M, et al. Erectile dysfunction and diabetes: A melting pot of circumstances and treatments. *Diabetes Metab Res Rev*. 2022;38(2):e3494.
6. Grant P, Jackson G, Baig I, Quin J. Erectile dysfunction in general medicine. *Clin Med (Lond)*. 2013;13(2):136-140.
7. Kamenov ZA. A comprehensive review of erectile dysfunction in men with diabetes. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2015;123(3):141-158.
8. Salonia A, Bettocchi C, Boeri L, et al. European Association of Urology Guidelines on Sexual and Reproductive Health-2021 Update: Male Sexual Dysfunction. *Eur Urol*. 2021;80(3):333-357.
9. Thomas A, Miller, Capt, MC, USN (2000) "Diagnostic Evaluation of Erectile Dysfunction" American Family Physician URL: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2000/0101/p95.html> (Åtkomst 2024-11-05)
10. Bang-Ping J (2016) Evolution of phosphodiesterase type 5 inhibitors in treatment of erectile dysfunction in Taiwan <https://www.sciencedirect.com/journal/urological-science>, vol 27(2); June 2016. 66-70. (Åtkomst 2024-11-05)
11. Bella AJ, Brock GB. Tadalafil in the treatment of erectile dysfunction. *Curr Urol Rep*. 2003;4(6):472-478.
12. Mark S. Allen, Alex M. Wood (2023) The Psychology of Erectile Dysfunction <https://journals.sagepub.com/home/CDP> (Åtkomst 2024-11-05)

13. Jackson G. Erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Arab J Urol.* 2013;11(3):212-216.
14. Rajfer J. Relationship between testosterone and erectile dysfunction. *Rev Urol.* 2000;2(2):122-128.



FoUUI primär och nära vård Skaraborg
Regionens hus
Stationsgatan 3
541 30 Skövde

Hemsida: www.vgregion.se/fou-skaraborg