

INTRACAVERNEUZE ZELF-INJECTIE BIJ MS-PATIËNTEN^o

D.K. Scholtens¹, M.F. van Driel², W.C.M. Weijmar Schultz³, C.P. Zwanikken⁴ en H.J.A. Mensink⁵

Erectiele disfunctie (ED) is een bij MS-patiënten vaak voorkomende complicatie. Juist voor deze relatief jonge patiënten zou toepassing van intracaverneuze zelf-injectie therapie (ICI) een adequate oplossing zijn. Met behulp van een vragenlijst, voor zowel patiënten als hun partner, werd o.a. de mogelijke invloed van MS op de toepassing van ICI onderzocht. De veronderstelling dat juist specifieke MS-symptomen als visusverlies, spasticiteit en problemen met betrekking tot de handfunctie tot vroegtijdige beëindiging van de therapie zouden leiden bleek niet te kloppen. De patiënten ondervonden wel hinder van de MS, maar zowel het stoppen van de ICI, alsmede klachten over de ICI ging het toch vooral om problemen die voortkwamen uit de ICI zelf.

Ruim 60% van de mannelijke MS-patiënten krijgt in het verloop van de ziekte met ED te maken (Miller et al., 1965; Lilius et al., 1976; Minderhoud et al., 1984 en Valleroy en Kraft, 1984), soms is het één van de eerste symptomen van MS (Muller, 1949; Vas, 1969; Betts et al., 1994).

Juist omdat MS relatief jonge mensen treft, is specifieke aandacht voor hun seksuele problemen alsmede die van hun partner naar ons oordeel van groot belang. In de provincie Groningen is de prevalentie van mannelijke MS-patiënten ± 30 per 100.000 inwoners van wie het merendeel in de leeftijdscategorie van 30-50 jaar (Minderhoud et al., 1993).

In deze studie werd met behulp van vragenlijsten onderzocht in hoeverre MS-patiënten baat vonden bij ICI, of zij specifieke problemen ondervonden bij ICI en of er voor hen specifieke redenen waren om te stoppen. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen ICI-gelieerde redenen en MS-gelieerde redenen. Verondersteld werd dat vooral specifieke MS-symptomen zoals extreme vermoeidheid, visusstoornissen, spasticiteit en verlies van handfunctie tot beëindiging van de ICI zouden leiden.

Patiënten

In de periode februari 1985 tot en met augustus 1994 begonnen in het AZG 22 MS-patiënten met ICI. Na

uitgebreide voorlichting, zo mogelijk in het bijzijn van hun partner, kregen alle mannen op proef minstens één intracaverneuze injectie met 0.25 ml papaverine/phentolamine toegediend (Androskat®). In de proefperiode werden zij uitvoerig ingelicht over de werking en potentiële bijwerkingen en in geval van ICI in de thuissituatie intensief geïnstrueerd.

Methoden

In juni 1995 werd een lijst verstuurd met 85 multiple choice vragen. Deze hadden betrekking op demografische, neurologische, behandelings en seksuele variabelen (libido, erectie, orgasme en ejaculatie). Tevens werd aan de patiënten en hun partner gevraagd in hoeverre de MS en/of ICI hun seksuele beleving en hun relatie hadden beïnvloed. Het betrof separate vragenlijsten.

Om na te gaan of er verband bestond tussen de ernst van de handicap tengevolge van MS en het resultaat van ICI werd de EDSS-score vastgelegd. EDSS staat voor Expanded Disability Status Scale (Kurtzke, 1983). Deze wordt berekend aan de hand van bevindingen bij neurologisch onderzoek en biedt inzicht in de mate van het gehandicapt zijn. De schaal loopt van 0 - 10, waarbij 0 aangeeft dat er géén neurologische afwijkingen zijn en 8 staat bijvoorbeeld voor complete rolstoel-afhankelijkheid.

¹ Drs. D.K. Scholtens, co-assistente, Academisch Ziekenhuis Groningen, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

² Dr. M.F. van Driel, uroloog/seksuoloog NVVS, onderafdeling Urologie, Academisch Ziekenhuis Groningen.

³ Dr. W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog/seksuoloog NVVS, afdeling Gynaecologie, Academisch Ziekenhuis Groningen.

⁴ Drs. C.P. Zwanikken, neuroloog, afdeling Neurologie, Academisch Ziekenhuis Groningen.

⁵ Prof. dr. H.J.A. Mensink, hoofd onderafdeling Urologie, Academisch Ziekenhuis Groningen.

^o Geaccepteerd voor publicatie 15 maart 1998.

Resultaten

In de proefperiode zagen 9 van de 22 patiënten af van ICI (vroeg drop-out 41%). Van de degenen die de behandeling gedurende langere tijd toepasten (n=13), bleek één patiënt te zijn overleden. De overige 12 patiënten kregen onze vragenlijst toegestuurd. Alle 12 mannen (gemiddelde leeftijd 44 jaar, spreiding 32-58; zie tabel 1) en hun partners wilden de vragenlijst invullen. Op het moment van onderzoek pasten 9 van de 12 patiënten de therapie nog toe, 3 mannen bleken te zijn gestopt (late drop-out 25%). De totale drop-out bedroeg daarmee 55% (12 van de totaal 22 patiënten). De gemiddelde follow-up duur bedroeg 4 jaar (spreiding 1-9 jaar).

Gezien het kleine aantal patiënten is het niet reëel een uitspraak te doen over de statistische significantie van de gegevens. Om die reden zijn de gegevens in absolute aantallen weergegeven.

Tabel 1. Onderzoekspopulatie

Leeftijd, duur MS, duur erectiele dysfunctie en EDSS-score (gemiddelde en spreiding).			
	Allen (n=12)	Actief (n=9)	Gestopt (n=3)
Leeftijd (jaren)	43.7 (32-58 jr)	41.4 (32-52 jr)	50.1 (44-58 jr)
Duur MS (jaren)	7.6 (2-15 jr)	7.2 (2-15 jr)	9 (6-14 jr)
Duur ED (jaren)	6.6 (2-14 jr)	5.6 (2-14 jr)	10 (4-14 jr)
EDSS-score	5.5 (2.5-8.0)	5 (2.5-8.0)	6.5 (5.5-7.5)

De kwaliteit van de erecties na toepassing van ICI werd door alle mannen als 'goed' beoordeeld en allen verklaarden tot coïtus in staat te zijn. Vijf van de 12 patiënten meldden dat de injecties een positief effect op hun libido hadden en 3 van de 12 vonden dat hun zelfvertrouwen was toegenomen. Voor de overigen gold dat hierin geen verandering was opgetreden.

Voor 3 van de 9 nog actieve patiënten bedroeg de injectie-frequentie 1-2x per maand, voor 5 was dit eens per week en voor 1 meer dan eens per week. De coïtus-frequentie bleef na het toepassen van de injecties in vergelijking tot daarvoor voor 6 van de 9 patiënten hetzelfde en bij 3 was deze af-

genomen. Zeven van de 9 mannen en alle partners gaven aan hiermee tevreden te zijn over de coïtus-frequentie. Voor de overigen was hierin geen verandering opgetreden. Voor 4 van de 9 'actieve' patiënten had ICI tot een verbetering van de seksuele relatie geleid, 2 gaven aan dat dit niet het geval was en voor de andere 3 was de seksuele relatie 'onveranderd goed'. Zeven patiënten voelden zich ten aanzien van de seksuele problemen voldoende gesteund door hun partner, één enigszins en één nauwelijks.

Over de invloed op de relatie in het algemeen gaven 3 patiënten aan dat deze sinds het toepassen van ICI verbeterd was, voor de overige 6 was geen verandering opgetreden. Vier van de 9 partners gaven aan dat hun seksuele relatie was verbeterd, voor de overige 5 was dit niet het geval.

Op de vraag of men ICI achteraf gezien opnieuw zou willen aanleren en anderen met hetzelfde probleem ICI zou aanraden, antwoordden alle mannen bevestigend. Vrijwel alle partners gaven eveneens te kennen dat, wanneer zij opnieuw voor de keuze zouden staan, zij weer voor ICI zouden kiezen. Dat gold ook voor 2 van de partners van de 3 patiënten die geen ICI meer toepasten.

De patiënten die de therapie nog toepasten vonden het niet hinderlijk steeds weer op controle te moeten komen. Eén van de drie patiënten die gestopt was gaf onder meer als reden 'het regelmatige op controle moeten komen'.

Specifiek aan MS verbonden klachten bij toepassing van de injecties waren: 'veranderd gevoel in de penis' (6x), 'urine-incontinentie' (5x), 'lusteloosheid en vermoeidheid' (3x), 'spasticiteit en trillingen van de hand' (2x) en 'visusverlies' (1x). Klachten en bijwerkingen die meer verband hielden met de ICI zelf waren: 'het gehannes met naald, ampullen en spuit' (3x), 'bloeduitstortingen' (3x), 'priapisme' (2x) en 'weezin bij de partner' (2x).

De 3 patiënten die ICI na verloop van tijd staakten deden dit vanwege 'een veranderd gevoel in de penis' (1x), 'ongewild urine-verlies' (1x), 'lusteloosheid en vermoeidheid' (1x) en 'het gehannes met naald, ampullen en spuit' (1x), 'bloeduitstortingen' (1x), 'het regelmatig op controle moeten komen' (1x) en 'weezin bij de partner' (1x).

De EDSS-score van de patiënten die de behandeling continueerden varieerde van 2.5 tot 8.0 (gemiddelde 5.0). De EDSS-score van de 3 late uitvallers varieerde van 5.5 tot 7.5 (gemiddelde 6.5). Eén patiënt, met een EDSS-score van 8, liet zich door zijn partner injecteren.

Discussie

Wij zijn van mening dat de bevindingen van belang zijn voor alle hulpverleners die met MS-patiënten te maken hebben. Voor 9 van de 12 patiënten, die na de proefperiode hadden besloten de ICI te gaan toepassen, vormde deze ook op de lange duur een uitkomst. De vroege drop-out was echter hoog, namelijk 9 van de totaal 22 patiënten. De totale drop-out bedroeg daarmee in deze (kleine) serie MS-patiënten 55%. Dit gegeven is in overeenstemming met de bestaande literatuurgegevens (Sidi et al., 1988; Lakin et al. 1990; van Driel et al., 1991 en van Deventer et al., 1993)

Slechts één patiënt uit de vroege drop-out groep gaf de voorkeur aan een erectieprothese, de overigen zagen na rijp beraad van verdere kunstmatige behandelingen af.

Een goede seksuele anamnese voorafgaand aan de behandeling is van groot belang. Deze biedt inzicht in de beleving van seksualiteit zowel die van de patiënt als die van zijn partner. Teleurstelling met betrekking tot het resultaat van ICI kan zo voorkomen worden.

Mogelijk is de voorlichting die gegeven is voor het starten van eventueel ICI en de diverse overige behandelmethoden, de oorzaak van de relatief hoge vroege drop-out ten opzichte van de late drop-out.

Eén van de specifieke beperkingen van ICI bij MS-patiënten is dat weliswaar het erectieprobleem kan worden omzeild, maar dat niet zelden tegelijkertijd het vermogen tot ejaculatie en de orgasmebeleving zijn aangedaan. Bovendien blijkt bij $\pm 30\%$ van de MS-patiënten de sensibiliteit van glans en penis gestoord (Miller, 1994). Deze gegevens benadrukken in dit verband alleen maar meer het belang van adequate voorlichting. Helaas zijn er geen gegevens bekend over de resultaten van vacuum-pomp-therapie bij MS-patiënten.

De door de patiënten genoemde relatief hoge coïtus-frequentie heeft zeer waarschijnlijk te maken met de jonge leeftijd van MS-patiënten. Bovendien hadden sommigen van hen actieve kinderen.

Onze veronderstelling dat vooral specifieke MS-symptomen als visusverlies, urine-incontinentie, spasticiteit en problemen met de handfunctie tot beëindiging van de therapie hadden geleid bleek onjuist. Alhoewel men wel hinder van deze symptomen ondervond, ging het bij klachten over ICI, of in geval van stoppen, vooral om problemen die voortkomen uit de injecties zelf. Wat hierbij opviel is dat wat voor de ene patiënt slechts een klacht

bleek, voor de andere patiënt een reden kon zijn om helemaal met de injecties te stoppen. De EDSS-score blijkt geen voorspellende waarde te hebben voor het succes van ICI. De motivatie en de instelling van de patiënt en zijn partner zijn waarschijnlijk belangrijker. Niet zozeer de ernst van de lichamelijke handicap als wel de motivatie blijkt doorslaggevend. Dit is een bekend gegeven in de literatuur over seksueel functioneren in geval van ziekte of handicap (Kirkeby et al., 1988; Weijmar Schultz et al., 1993).

Verder onderzoek met betrekking tot het seksueel functioneren van mannelijke MS-patiënten zou zich in het bijzonder kunnen richten op deze psychologische aspecten, maar ook op de betekenis van verminderde sensibiliteit van de glans penis alsmede problemen rond orgasme en ejaculatie.

Summary

Intracavernous self-injection in MS-patients

Erectile dysfunction is a frequent complication in MS-patients. Intracavernous self-injection therapy seems to offer a new perspective. With the help of a questionnaire, for both patients and their partners, we evaluated the long-term efficacy of self-injections in twelve male MS-patients. The assumption that specific MS-symptoms, like impairment of sight, spasticity and loss of hand-function, would cause ICI therapy to be discontinued seems incorrect. Even though they are a cause of hinder, the reasons for discontinuation are merely related to the injection-procedure itself.

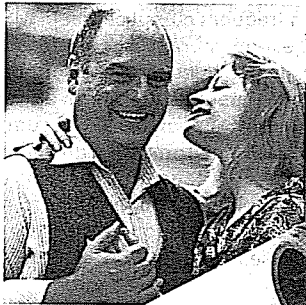
Literatuur

- Betts, C.D., S.J. Jones, C.G. Fowler en C.J. Fowler (1994). Erectile dysfunction in multiple sclerosis. Associated neurological and neurophysiological deficits, and treatment of the condition. *Brain*, 117:1303-1310.
- Deventer, C.P. van, E.J.H. Meuleman, P.B. Bierkens, B.G.C. Sabbe en A.G.H. Smals (1993). Ervaringen met intracaverneuze auto-injectie ter behandeling van erectiestoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 137: 408-411.
- Driel, M.F. van, J.J. Mooibroek, H.B.M. van de Wiel en H.J.A. Mensink (1991). Intracavernous pharmacotherapy: psychological, sexological and medical aspects. *Int. J. Impotence Res.*, 3: 95-104.
- Kirkeby, H.J., E.U. Poulsen, T. Petersen en J. Dorup (1988). Erectile dysfunction in multiple sclerosis. *Neurology*, 38: 1366-1371.
- Kurtzke J.F. (1983). Rating neurological impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*, 33: 1444-1452.
- Lakin, M.M., D.K. Montague, S. Vanderburg Medendorp, L. Tesar en L.R. Schover (1990). Intracavernous injection therapy: analysis of results and complications. *J.Urol*, 143: 1138-1141.

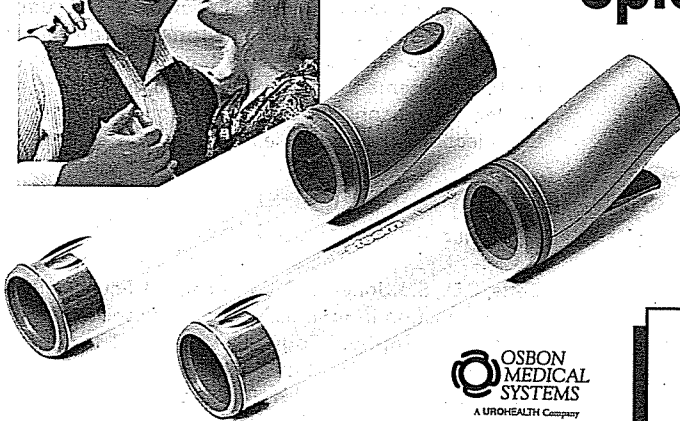
- Lilius, H.G., E.J. Valtonen en J. Wikström (1976). Sexual problems in patients suffering from multiple sclerosis. *J. Chron.*, 29: 643-647.
- Miller, A.E. (1994). Sexual dysfunction in Multiple Sclerosis. In: C. Singer, and W.J. Weiner (eds.). *Sexual Dysfunction, a neuromedical approach*. Futura Publ., New York.
- Miller, H., C.A. Simpson en W.K. Yeates (1965). Bladder dysfunction in multiple sclerosis. *Br. Med.* 7, 1: 1265-1269.
- Minderhoud, J.M., J.G. Leemhuis, J. Kremer, E. Laban en P.M.L. Smits (1984). Sexual disturbances arising from multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand.*, 70: 299-306.
- Minderhoud, J.M. en C.P. Zwanikken (1993). Increasing prevalence and incidence of multiple sclerosis: an epidemiological study in the province of Groningen, The Netherlands. In: W. Firnhaber en K. Lauer (Eds.), *Multiple*

- Sclerosis in Europe an epidemiological update*. Leuchtturm-Verlag, Alsbach/Bergstrasse.
- Muller, R. (1949). Studies on Disseminated Sclerosis. *Acta Med. Scand. (suppl 222)*: 1-214.
- Sidi, A.A., P.K. Reddy en K.K. Chen (1988). Patient acceptance of and satisfaction with vasoactive intracavernous pharmacotherapy for impotence. *J.Urol.*, 140: 293-294.
- Valleroy, M.L. en G.H. Kraft (1984). Sexual dysfunction in multiple sclerosis. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 65: 125-128.
- Vas, C.J. (1969). Sexual impotence and some autonomic disturbances in men with multiple sclerosis. *Acta Neurol. Scand.*, 45: 166-182.
- Weijmar Schultz, W.C.M., H.B.M. van de Wiel, D.E.E. Haku and M.F. van Driel (1993). Sexuality and cancer in women. *Ann. Rev. Sex Res.*, 3: 151-200.

PATIËNTEN MET ERECTIEPROBLEMEN?



Wij kunnen een succesvolle oplossing bieden met ErecAid® Esteem® Vacuümtherapie.



OSBON
MEDICAL
SYSTEMS
A UROHEALTH Company

Maak kennis met onze "Home Service" en de "Volledige Tevredenheidswaarborg".



D.E.N. Medical

België:

Stwg. naar Alsemberg 914
1654 Huizingen
Tel.: 02/361 56 44

Nederland:

Rondostraat 34
1312 SK Almere
Tel.: 036/546 82 65

Meer dan 12 jaar ervaring met impotentieproducten !