

ΟΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Κ. Κοσμά¹, Κ. Λιάτσος², Α. Σιάννη³, Ε. Καραρίζου⁴, Β. Αναστασίου⁵

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας (ΣΚΠ) είναι μία από τις συχνότερες νευρολογικές παθήσεις με συχνή επίπτωση σε γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας. Ανάμεσα στα ποικίλα συμπτώματα που η νόσος προκαλεί, η σεξουαλική δυσλειτουργία αποτελεί μείζονα παράγοντα πρόκλησης αναπηρίας, που συχνά υποδιαγιγνώσκεται και γι' αυτό το λόγο υποθεραπεύεται. Έχει μάλιστα αναφερθεί ότι οι ασθενείς με ΣΚΠ σπάνια αναζητούν ιατρική βοήθεια για τη σεξουαλική τους δυσλειτουργία και συχνά απευθύνονται στο γυναικολόγο τους, μη συνδυάζοντας τα σεξουαλικά τους προβλήματα με την κύρια νόσο.

Οι σεξουαλικές διαταραχές μπορεί να οφείλονται στην άμεση επίδραση των απομυελινωτικών βλαβών στη σεξουαλική λειτουργία ή στην έμμεση επίδραση των συμπτωμάτων της νόσου. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν ειδικά θεραπευτικά μέτρα, όπως η λήψη μυοχαλαρωτικών μία ώρα πριν τη σεξουαλική πράξη, που αποσκοπεί στη μείωση της σπαστικότητας και η χρήση ειδικών αλοιφών, που αποσκοπεί στη μείωση της ξηρότητας του κόλπου. Όταν οι σεξουαλικές διαταραχές οφείλονται σε ψυχολογικά, κοινωνικά αίτια και σε επιλεγμένες περιπτώσεις, κρίνεται σκόπιμη η υποβολή των ασθενών σε ειδικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.

Τέλος, για την καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών αυτών, κρίνεται αναγκαία η ενημέρωση και σωστή συνεργασία του θεράποντος ιατρού με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

Όροι ευρητηρίου: Σκλήρυνση Κατά Πλάκας, σεξουαλικές διαταραχές.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας (ΣΚΠ) ή πολλαπλή σκλήρυνση αποτελεί τη συχνότερη φλεγμονώδη απομυελινωτική πάθηση του κεντρικού νευρικού συστήματος και μία από τις συχνότερες νευρολογικές παθήσεις. Πρόκειται για χρόνια νόσο, με συχνή επίπτωση σε γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας.

Παρά το γεγονός ότι στην πλειοψηφία των πασχουσών γυναικών η νόσος διαγιγνώσκεται έγκαιρα και αντιμετωπίζεται πλέον αποτελεσματικά, ένα μεγάλο ποσοστό εξ' αυτών παρουσιάζει μία ποικιλία συμπτωμάτων, ως συνέπεια της κύριας νόσου, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής τους. Ανάμεσά τους, η σεξουαλική δυσλειτουργία αποτελεί μείζονα παράγοντα πρόκλησης αναπηρίας, που συχνά υποδιαγιγνώσκεται και γι' αυτό το λόγο υποθεραπεύεται¹.

Οι Valleroy and Kraft στη μεγαλύτερη σχετικά με το θέμα έρευνα η οποία περιέλαβε 217 ασθενείς με ΣΚΠ, αναφέρουν ότι το 56% των γυναικών αντιμετώπιζε κάποιου είδους σεξουαλική δυσλειτουργία². Παρόμοιο ποσοστό παρουσιάζουν ακόμη και έρευνες που χρησιμοποίησαν δείγμα πληθυσμού με μικρό βαθμό αναπηρίας. Άλλες μελέτες, που είχαν ως αντικείμενο έρευνας την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΚΠ, κατέδειξαν ότι οι ορθοκυστικές και σεξουαλικές διαταραχές συσχετίζονται με μία σημαντική έκπτωση της ποιότητας ζωής των ασθενών^{4,5}, η οποία αφορά ακόμη και σε εκείνους με μικρό βαθμό αναπηρίας (EDSS < 4,0)³.

Παρά τα όσα έχουν γραφεί για τη ΣΚΠ, λίγες επιστημονικές αναφορές υπάρχουν σχετικά με τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες που είναι δυνατόν να προκύπτουν ως συνέπεια της κύριας νόσου, ενώ ακόμη λιγότερες αφορούν ειδικότερα στις γυναίκες που πάσχουν από ΣΚΠ⁵. Σε αυτές τις έρευνες οι προσπάθειες των ερευνητών στράφηκαν αρχικά στην ταυτοποίηση των σεξουαλικών διαταραχών στις γυναίκες που πάσχουν από ΣΚΠ, οι οποίοι για το λόγο αυτό χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγια ευρέως αποδοχής⁷.

Όπως προέκυψε, οι συχνότερες σεξουαλικές διαταραχές στον πληθυσμό αυτό, συνίστανται σε μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας, αναστολή της σεξουαλικής επιθυμίας, αναστολή της σεξουαλικής διέγερσης και διαταραχές του οργα-

σμού^{2,7,8,9}. Σημαντικό είναι ότι οι συγκεκριμένες διαταραχές απαντώνται συχνότερα σε γυναίκες που πάσχουν από ΣΚΠ, όχι μόνο όταν αυτές συγκρίθηκαν με δείγμα υγιούς πληθυσμού, αλλά και όταν συγκρίθηκαν με γυναίκες που έπασχαν από άλλου είδους χρόνιο νόσημα¹⁰. Η σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να εμφανιστεί σε άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια της νόσου¹¹, ενώ σπάνια μπορεί να αποτελεί και εναρκτήριο σύμπτωμά της².

Από κάποιους ερευνητές έχει αναφερθεί ότι στους πάσχοντες από ΣΚΠ παρατηρούνται συχνότερα σεξουαλικές διαταραχές όταν υπάρχει αυξημένος βαθμός αναπηρίας¹³, όταν συνυπάρχει κατάθλιψη^{2,3} και όταν το κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο είναι χαμηλό¹³. Ειδικότερα, όσον αφορά στην κατάθλιψη, οι ερευνητές συμφωνούν πως υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ αυτής και της σεξουαλικής δυσλειτουργίας². Μάλιστα, σε μία πρόσφατη μελέτη η επίπτωση των σεξουαλικών διαταραχών βρέθηκε πέντε φορές μεγαλύτερη στους καταθλιπτικούς ασθενείς³. Αυτό βέβαια δεν αποδεικνύει πως η σεξουαλική δυσλειτουργία δημιουργεί κατάθλιψη, καθόσον μπορεί να ισχύει και το αντίστροφο.

Λίγες έρευνες έχουν συμπεριλάβει ως παράμετρο το κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο των ασθενών. Σε αυτές έχει παρατηρηθεί ότι ο πληθυσμός των ασθενών με χαμηλό κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζει συχνότερα κάποιου είδους σεξουαλική διαταραχή¹³. Η αιτία ύπαρξης του προαναφερθέντος φαινομένου δεν έχει επαρκώς αποσαφηνιστεί. Πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι η μερίδα αυτή του πληθυσμού δεν έχει καλή πρόσβαση στις αρχές υπηρεσιών υγείας. Αντιθέτως, η σεξουαλική δυσλειτουργία δεν φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικία της ασθενούς, τον αριθμό των υποτροπών ή τη διάρκεια της νόσου^{5,14}. Λίαν προσφάτως έχει γίνει διαθέσιμη μία μέθοδος κατηγοριοποίησης των αιτιών των σεξουαλικών διαταραχών στη ΣΚΠ, σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή αίτια¹⁵. Πρωτογενή, ονομάζονται τα αίτια οργανικής φύσεως που οφείλονται σε άμεση επίδραση των απομυελινωτικών βλαβών στη σεξουαλική λειτουργία. Η μειωμένη κινητικότητα, η μειωμένη αισθητικότητα της γενετήσιας χώρας, η ξηρότητα του κόλπου και η δυσπαρευνία συνιστούν τα συχνότερα αυτών.

Δευτερογενή αίτια καλούνται εκείνα που οφείλονται στην έμμεση επίδραση των ποικίλων συμπτωμάτων της νόσου στη σεξουαλική λειτουργία. Συνήθη δευτερογενή αίτια συνιστούν το αίσθημα της κόπωσης, οι κυστικές διαταραχές, η σπαστικότητα και τα ποικίλου είδους άλγη. Άλλωστε το αίσθημα της κόπωσης που βιώνει ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών με ΣΚΠ, παρεμβαίνει στη σεξουαλική επιθυμία, καθώς και στην έναρξη και διατήρηση της σεξουαλικής δραστηριότητας^{2,5}. Όσον αφορά στους ασθενείς που παραπονούνται για κυστικά ενοχλήματα, αυτοί παρουσιάζουν συχνότερα και σεξουαλικές διαταραχές. Το γεγονός αυτό πιθανότατα οφείλεται στην κοινή εννεύρωση της ουροδόχου κύστεως και των γεννητικών οργάνων^{2,6,16}. Τέλος, τριτογενή αίτια είναι εκείνα που αφορούν σε ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, οι οποίοι εμπλέκονται στη σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου^{15,17}.

Είναι γνωστό πως η αντίληψη που διατηρεί ο καθένας για ένα σωματικό εγώ, υγιές και ισορροπημένο, περιλαμβάνει και συνταυτίζεται με την πλήρη λειτουργικότητά του, ευρωστία, απόδοση, κοινωνική επικράτηση και επαγγελματική του επιτυχία. Κάθε γεγονός που διαταράσσει την εικόνα των πασχουσών γυναικών για τον εαυτό τους, επιφέρει άγχος και ελάττωση των επιπέδων αυτοπεποίθησης. Άλλωστε, το γεγονός ότι η σεξουαλική δυσλειτουργία δεν έχει συσχετιστεί με τη διάρκεια της νόσου, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η αρνητική ψυχολογία των γυναικών όταν ενημερώνονται για πρώτη φορά για τη διάγνωση μπορεί να παίζει αρνητικό ρόλο στη σεξουαλική λειτουργία¹⁸. Μολονότι η φυσιολογική σεξουαλική ζωή αποτελεί ζήτημα ζωτικής σημασίας για τις ίδιες και τους συντρόφους τους, αυτό το θέμα είναι δύσκολο στην προσπέλασή του τόσο από τον θεράποντα ιατρό, όσο και από την πλευρά των ασθενών, μιας και σπάνια αναζητούν ιατρική βοήθεια^{9,10,18}.

Ακόμη και όταν οι σεξουαλικές διαταραχές φθάνουν να δημιουργούν συζυγικά προβλήματα, ούτε και σε αυτές τις περιπτώσεις ζητείται συχνά η βοήθεια από τον ειδικό¹⁸. Άλλες φορές οι ασθενείς απευθύνονται εξ' αρχής στο γυναικολόγο τους, μη συνδυάζοντας τα σεξουαλικά τους προβλήματα με την κύρια νόσο.

Οι λόγοι που αιτιώνται οι ασθενείς για τη μη αναφορά των σεξουαλικών τους προβλημάτων παρουσιάζουν ποικιλομορφία. Κάποιες ασθενείς αναφέρουν ότι λόγω της ευαίσθητης φύσης του θέματος δεν νιώθουν άνετα να το συζητήσουν, ενώ κάποιες άλλες πιστεύουν ότι το πρόβλημά τους είναι άσχετο με τη νόσο τους¹⁰. Άλλες πάλι λαμβάνουν ως δεδομένο ότι η ύπαρξη μιας χρόνιας ασθένειας δικαιολογεί τη μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας και της γενικότερης ενασχόλησης με το θέμα⁹. Τέλος, κάποιες ασθενείς πιστεύουν ότι το εν λόγω θέμα δεν αποτελεί μέρος της καθημερινής ενασχόλησης του θεράποντος ιατρού.

Συμπερασματικά, το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση των σεξουαλικών διαταραχών στις γυναίκες που πάσχουν από ΣΚΠ, αλλά και κύριο μέλημα του θεράποντος ιατρού, πρέπει να είναι η επαρκής ενημέρωση και η ψυχολογική υποστήριξη τόσο της πάσχουσας, όσο και του ερωτικού της συντρόφου^{12,19}. Η αναγκαιότητα της παραπάνω θεραπευτικής προσέγγισης καταδεικνύεται και από μελέτες που αναφέρουν ότι το 70% των ασθενών με ΣΚΠ δήλωσαν ότι η επαρκής ενημέρωση και η αφιέρωση χρόνου στην ασθενή από την πλευρά του θεράποντος ιατρού βελτίωσε τη σχέση με τον σύντροφό τους¹⁰.

Σε ότι αφορά στην αντιμετώπιση των πρωτογενών και δευτερογενών αιτιών των σεξουαλικών διαταραχών, η θεραπεία πρέπει να στρέφεται προς την υπεύθυνη κάθε φορά αιτία. Ειδικότερα, η λήψη μυοχαλαρωτικών μία ώρα πριν τη σεξουαλική πράξη, που αποσκοπεί στη μείωση της σπαστικότητας, ενδέχεται να βοηθήσει σημαντικά²⁰. Δόκιμη είναι και η φαρμακευτική αντιμετώπιση της κόπωσης, της κατάθλιψης ή του άγχους για τον ίδιο σκοπό. Η ξηρότητα του κόλπου

μπορεί να αντιμετωπιστεί εύκολα με τη χρήση ειδικών αλοιφών^{19,22}. Εδώ πρέπει να αναφερθεί ότι μερικές ασθενείς που σε κάποια έξαρση της νόσου υποβάλλονται σε θεραπεία με κορτικοστεροειδή, αναφέρουν εκτός της βελτίωσης της γενικής τους κατάστασης και βελτίωση της σεξουαλικής τους λειτουργίας¹⁰.

Όταν οι σεξουαλικές διαταραχές οφείλονται σε τριτογενή αίτια και σε επιλεγμένες περιπτώσεις, κρίνεται σκόπιμη η υποβολή των ασθενών σε ειδικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις^{7,21,23}. Τέλος, για την καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών αυτών, κρίνεται αναγκαία η ενημέρωση και σωστή συνεργασία του θεράποντος ιατρού με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

SUMMARY

Multiple Sclerosis (MS) is one of the most frequent neurological disorders with a high prevalence among women of the reproductive age. Among the multiple symptoms of the disease, sexual dysfunction constitutes one of the major pathological factors that cause disability, and this is often under recognized and not treated appropriately. It has been reported that patients with MS do not often seek for medical advice and some may refer to their gynaecologist since they do not combine their sexual disorders with MS. Sexual disorders may derive from demyelinating lesions directly or may be an indirect result of the symptoms of MS. In these cases, specialized therapeutic approaches such as muscle relaxants one hour before coitus and moisturizing ointments against vaginal dryness can be prescribed.

When psychological or social causes are responsible, psychotherapeutic approaches could be advised. Finally, for the maximal benefit of these patients early awareness and collaboration with physicians of other specialties is essential.

Key words: Multiple Sclerosis, sexual dysfunction.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Blitzer J, Platano G, Tschudin S, et al. Sexual counselling for women in the context of physical diseases: a teaching model for physicians. *J Sex Med* 2007 Jan; 4(1):29-37.
- Valleroy M, Kraft G. Sexual dysfunction in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 1984; 65:125-128.
- S. Nortvedt MW, et al. Reduced quality of life among multiple sclerosis patients with sexual disturbance and bladder dysfunction. *Multiple sclerosis* 2001; 7:231-235.
- Hennessey A, Robertson NP, Swingler R, Compston DA. Urinary, faecal and sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. *Neurol* 1999; 246:1027-1032.
- S. Mattson D, et al. Sexual dysfunction and its response to medications. *Arch Neurol* 1995; 52:862-868.
- Minderhoud J, et al. Sexual disturbances arising from multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 1984; 70:299-306.
- Szasz G, Patty D, Lawton-Speert S, Eisen K. A sexual functioning scale in multiple sclerosis. *Acta Neural Scand* 1984; 70:37-43.
- S. Lilius H, Valtonen E, Wilkstrom J. Sexual problems in patients suffering from multiple sclerosis. *J Chronic Dis* 1976; 29:643-647.
- Weiss J. Multiple sclerosis: will it come between us? Sexual concerns of clients and their partners. *J Neurosci Nurs* 1992; 24:190-193.
- M Zorzon, et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a case-control study. I. Frequency and comparison of groups. *Multiple sclerosis* 1999; 5:418-427.
- Stenager E, Stenager EN, Jensen K, Boldsen J. Multiple sclerosis: sexual dysfunction. *J Sex Educ Ther* 1990; 16:262-269.
- Hulter BM, Lundberg PO. Sexual function in women with advanced multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurgery Psychiatry* 1995; 59:83-84.
- Zivadinov R, et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: II. Correlation analysis. *Multiple sclerosis* 1999; 5:428-431.
- Σφάγγος Κ, Τριανταφύλλου Ν. Σκλήρυνση κατά πλάκας 2001.
- Sanders A, Foley FN, LaRocca NG, Zemon V. The multiple sclerosis intimacy and sexuality questionnaire. *Sexuality and Disability* 2000; 18:1,3-26.
- Bakke A, Myhr K-M, Gronning M, Nyland H. Bladder, bowel and sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. A cohort study. *Scand J Chron -Nephrol (suppl)* 1996; 179:61-66.
- Foley FW, Iversion J. Sexuality. In: RC Kalb and LC Scheinberg (Eds). *Multiple sclerosis and family* 1992; New York: Demos Publications.
- Mattson D, Petrie M, Srivastava DK, Me Dermott M. Multiple sclerosis. Sexual dysfunction and its response to medications. *Arch Neurol* 1995; 52:862-868.
- Stenager E, Stenager EN, Jensen K. Sexual Junction in multiple sclerosis: a 5 year follow up study. *Ital Neurol Sci* 1996; 17:67-69.
- Foley FW, Sanders A. Sexuality, M.S and women. *M.S management* 1997; 4(1):1-10.
- Frederick Wfoley, et al. *Multiple sclerosis* 2000; 7:417-421.
- Davis M, Thorton N. Sexual dysfunction in multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 1989; 21:175-179.
- Thorton N, Davis M. Multiple sclerosis and female sexuality. *Can Nurse* 1989; 85:166-18.

¹Κ. Κοσμά, Επιμελήτρια Β', Νευρολόγος, ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο, Παθολογικό τμήμα

²Κ. Λιάτσος, Μαιευτήρας- Γυναικολόγος, Μαιευτήριο «ΜΗΤΕΡΑ»

³Α. Σιάννη, Επιμελήτρια Β', Παθολόγος, ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο, Παθολογικό τμήμα

⁴Ε. Καραρίζου, Λέκτορας Νευρολογίας, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Νευρολογική Κλινική

⁵Β. Αναστασίου