Impact van antihypertensiva op de seksuele functies van de patiënt.

door Dr. Evelien De Meyere, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Kristin Hendrickx, Universiteit Antwerpen

Copromotor: Dr. Paul Smits, huisarts te Kapelle-op-den-Bos

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

INHOUDSTAFEL

ABSTRACT 3

INLEIDING 4

DOELSTELLING 5

DEFINITIES 5

DEEL 1: LITERATUURONDERZOEK 7

Methode 7

Resultaten 8

Antwoorden op onderzoeksvragen 9

- Epidemiologie van hypertensie 10
- Classificatie van seksuele disfuncties 11
- Prevalentie van seksuele problemen 15
- Vragenlijsten rond seksuele problemen 16
- Nevenwerkingen van antihypertensive op het seksuele functioneren 17
- Rol van de huisarts 19

DEEL 2: PRAKTIJKPROJECTONDERZOEK 21

Inleiding 21

Methode 22

Resultaten 26

Discussie 33

CONCLUSIE 35

REFERENTIES 37

BIJLAGEN 39

ABSTRACT

Impact van antihypertensiva op de seksuele functies van de patiënt.

HAIO: Dr. Evelien DE MEYERE; Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Prof. Dr. Kristin HENDRICKX; Universiteit Antwerpen
Praktijkopleider: Dr. Paul SMITS

Context: Het is bekend dat antihypertensiva kunnen interfereren met het seksueel functioneren. Mogelijks zou dit één van de oorzaken van een verminderde compliance kunnen zijn. In onze groepspraktijk werd hier echter weinig aandacht aan besteed. Om de kwaliteit van onze hulpverlening te verbeteren willen we deze nevenwerkingen beter kunnen kaderen.

Onderzoeksvraag: Komen nevenwerkingen in het seksueel fuctioneren voor bij het gebruik van antihypertensiva. Zo ja, hoe frequent, welke en bij wie? Willen patiënten hierover praten, en wensen zij dat de arts hierbij het initiatief neemt?

Methode: In de literatuur zijn er bijzonder weinig onderzoeken over het thema seksuele nevenwerkingen bij antihypertensiva. Bovendien bestuderen deze studies bijna uitsluitend de erectieproblematiek. Studies over veranderingen in het seksueel fuctioneren bij vrouwen onder antihypertensiva zijn helemaal niet terug te vinden.

Na het coderen van alle hypertensiepatiënten (zonder orgaanschade = K86) in het electronisch dossier kregen alle patiënten tussen 45 en 65 jaar een vragenlijst waarin gepeild werd naar veranderingen in het seksueel functioneren die opgemerkt werden na het starten van de antihypertensiva. Ze konden zich ook kandidaat stellen voor een persoonlijk interview om dieper in te gaan op wat zij ervaarden en/of verlangden als begeleiding van de arts.

Resultaten: Bijna een vijfde van de patiënten meldde een verandering in het seksueel functioneren na de start van antihypertensiva. Vrouwen (18%) melden die even vaak als mannen (19%). Mannen kampen vooral met met erectieproblemen, terwjl vrouwen meer klagen over opwindingsproblemen en pijnproblemen.

De meerderheid van de patiënten vindt het de taak van de huisartsen om dit ter sprake te brengen, en verwacht dat huisartsen actiever naar het seksueel fuctioneren zouden informeren.

Conclusie: Ondanks het risico dat de resultaten van deze kleine prakktijkstudie ten onrechte veralgemeend zouden worden, kunnen we toch stellen dat seksuele functiestoornissen onder antihypertensiva frequenter voorkomen dan opgemerkt in onze praktijk. Vooral vrouwelijke patiënten zijn hierbij een vergeten (niet-bevraagde) groep. Patiënten vroegen meer informatie over (seksuele) nevenwerkingen vooral bij de start van chronische medicatie. Door de relatie met de huisarts voelt de patiënt zich meestal niet ongemakkelijk bij dit gesprek, hoewel hij/zij graag het initiatief voor zulk gesprek bij de huisarts legde.

E-mail: eveliendemeyere@gmail.com

ICPC-code: K86

INLEIDING

Toen ik een onderwerp moest kiezen voor mijn MaNaMa thesis stond het voor mij al redelijk snel vast dat ik een onderwerp zou kiezen uit het domein van de seksuologie.
Seksuologie is al een jarenlange interesse van mij en aangezien wij in onze opleiding geneeskunde dit onderwerp nooit grondig hebben bestudeerd zag ik dit eindwerk als een uitgelezen kans om mij wat te verdiepen in dit thema.

Ik wou er ook niet het zoveelste onderzoek naar seksuele problemen in de huisartsenpraktijk van maken. In overleg met mijn PO besloot ik het onderzoek aan een meer "klinisch" thema te koppelen.

Toen mijn PO me vertelde dat antihypertensiva nevenwerkingen kunnen hebben op de seksuele functies van de patiënt, moest ik bekennen dat ik daar tot nog toe niet had bij stilgestaan. Ik was dit nog nooit tegen gekomen in de praktijk. Een kleine rondvraag bij enkele collega-HAIO'sleerde me dat deze nevenwerking ook voor hen vrij onbekend was. Is er een reden waarom patiënten deze klacht niet vaak voorleggen aan hun huisarts?

Komen nevenwerkingen bij het seksueel functioneren dan minder vaak voor dan beschreven in de medische literatuur? Durven de patiënten hierover niet praten? Informeren de huisartsen hierover niet genoeg? Moet dit actiever bevraagd worden? Of vindt de patiënt dit onze taak niet?

In mijn thesis probeer ik hier een beter zicht op te krijgen, met de bedoeling hier in de toekomst meer aandacht aan te besteden en zo de kwaliteit van zorg voor de patiënt te verbeteren.

DOELSTELLING

Met deze MaNaMa willen we graag te weten komen of de patiënten in de groepspraktijk waar ik HAIO ben, nevenwerkingen ondervinden met betrekking tot hun seksuele functioneren door het gebruik van antihypertensiva. Verder willen we nagaan wat volgens de patiënten de rol van de huisarts hierin is. Hierdoor hopen we aan kwaliteitsverbetering te doen in de eigen groepspraktijk.

DEFINITIES

Hypertensie.

Hypertensie wordt gedefinieerd als een systolische bloeddruk van meer dan of gelijk aan 140 mmHG en/of een diastolische bloeddruk van meer dan of gelijk aan 90 mmHg.

Antihypertensiva.

In deze studie werd enkel uitgegaan van antihypertensiva zoals aanbevolen volgens de Domus Medica richtlijn[1]. Hieronder verstaan we: diuretica, bètablokkers, calciumantagonisten, ACE-inhibitoren en angiotensine-2-antagonisten.

Seksuele disfuncties.

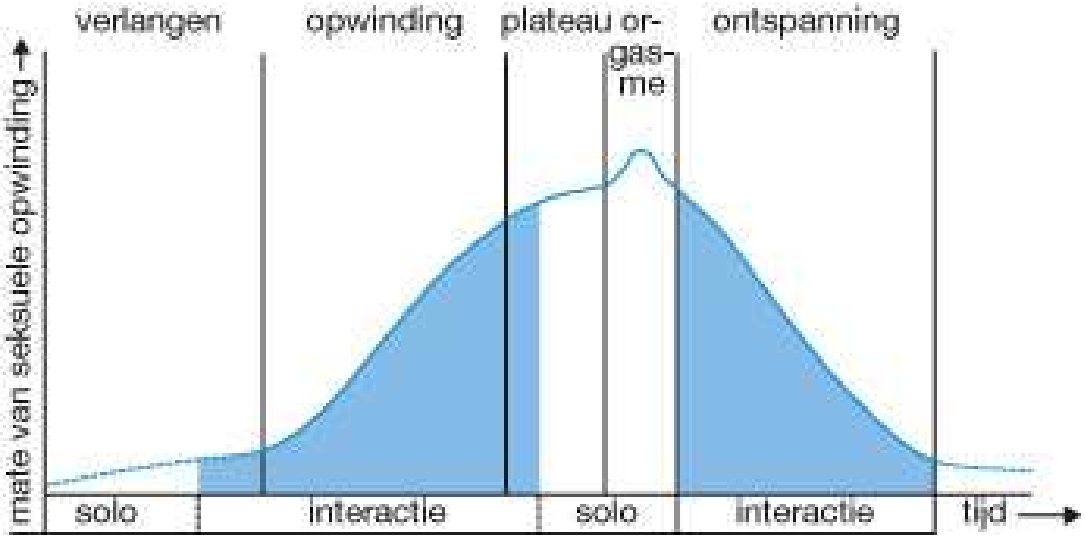
In de literatuur wordt gesproken van een seksuele dysfuncties als er bij de patiënt sprake is van een stoornis in het seksuele functioneren en zelf aangeeft hier last van te hebben of onder te lijden[2].

Seksuele responscylcus.

Dit zijn de verschillende fasen van het seksuele reageren van mannen en vrouwen opgesteld door Masters en Johnson[3.] Deze cyclus wordt omschreven als de menselijke fysiologische en psychologische reacties op seksuele prikkels. Hij is

opgedeeld in vier fases: opwinding, plateaufase, orgasme en herstel. De cyclus werd later door Kaplan[3] aangevuld met een vijfde fase 'verlangen'. (figuur 1)

<u>Figuur 1</u>: De seksuele responscylcus, waarin de niet-gekleurde fases meer introvert (meer gericht op het zelf) zijn en de gekleurde fases meer extravert (zowel gericht op de ander als op het zelf). [2-4]



DEEL 1: LITERATUURSTUDIE

Methode

Een uitgebreide literatuurstudie werd uitgevoerd in de maanden augustus en september 2012. Er gebeurde eerst een algemene search volgens de watervalmethode met als zoektermen 'antihypertensiva' en 'seksuele disfuncties'. Voor de quaternaire bronnen werd CEBAM geraadpleegd. Dit gaf 51 resultaten waarvan er slechts 1 werd weerhouden op basis van titel [5].

Voor tertiaire bronnen werden de databanken van Minerva, Cochrane database en Clinical Evidence uitgepluisd. Hier werden echter geen resultaten weerhouden.

Er werd ook gezocht naar vorige MaNaMa thesissen via de website van het ICHO met 'seksuele problemen' als zoekterm. Er werden geen thesissen gevonden met een gelijkaardig onderzoeksproject. Er werd één thesis gevonden over seksuele problemen in de huisartspraktijk [6].

Omdat er te weinig resultaten bekomen werden op deze manier, werd er beslist de literatuurstudie op te splitsen in enkele deelvragen en deze verder te onderzoeken aan de hand van een search in PubMed.

1. Epidemiologie hypertensie: wat is de prevalentie van hypertensie tussen 45 en 65 jaar?
2. Wat is de classificatie van seksuele problemen?
3. Wat is het voorkomen van seksuele problemen?
4. Bestaan er vragenlijsten voor het bevragen van seksuele problemen/tevredenheid?
5. Bestaat er al onderzoek naar seksuele nevenwerkingen van antihypertensiva?
6. Bestaat er onderzoek over de rol van de huisarts volgens de patiënt in het bevragen van seksuele problemen?

Voor deze search werden volgende MESHtermen gebruikt: 'sexual dysfunction', 'epidemiology', 'prevalence', 'anithypertensive agents', 'classification', 'questionnaires', 'general practice', 'sexual dysfunction', 'primary medical care' en 'physicians role'.
Er werd telkens een afzonderlijke search gedaan in PubMed. Via limits werd er gezocht naar Engelstalige reviews en meta-analyses (uitgezonderd vraag 6). Er werd ook een tijdslimiet toegepast voor 5 (vraag 1, 2, 3 en 4) of 10 jaar (vraag 5 en 6). De artikels werden eerst geselecteerd op basis van titel, gevolgd door een tweede selectie op basis van abstract. Na lezing werd er een definitieve selectie gemaakt.

Ook de websites van Domus Medica en het Nederlandse Huisartsengenootschap (NHG) werden nagekeken. Hier werd respectievelijk één aanbeveling en één standaard weerhouden [7]. Via NHG kwamen we terecht op de website van de Huisarts Advies Groep Seksuele Gezondheid [8]. Hier werden verscheidene richtlijnen, artikels en links gevonden. Een search op de website van enkele vaktijdschriften in de seksuologie leverde nog eens 4 artikels op.

Verder werden er nog enkele artikels weerhouden op uit de referentielijsten van richtlijnen, meta-analyses en reviews.

Resultaten

Zoals hierboven beschreven kwamen we via een zoektocht in Cebam in totaal aan 9 artikels en twee richtlijnen.

Uit de gerichte zoektocht in Pubmed kwamen telkens per vraag de volgende resultaten:

1. 'prevalence' AND 'hypertension' leverde 6681 resultaten, na limits nog 197 resultaten. Op basis van titel en abstract werd 1 studie toegevoegd.

2. 'classification' AND 'sexual dysfunction' : 651 artikels en met limits 41. Op basis van titel en abstract selecteerde ik 3 artikels.

3. 'sexual dysfunction' AND 'Epidemiology' gaf 1739 artikels, na limits 128 resultaten. Deze lijst bevatte reeds geselecteerde artikels en op basis van titel en abstract vonden we nog 1 artikel nuttig voor het onderzoek.

4. 'questionnaires' AND 'sexual dysfunction' leidde tot 23 resultaten, waarvan en na selectie 1 nuttig werd bevonden.

5. 'antihypertensive agents' AND 'sexual dysfunction' gaf 230 resultaten waarvan er op basis van titel 6 werden toegevoegd. Door een extra zoektocht met 'erectile dysfunction' AND 'antihypertensive agents' kon nog 1 artikel worden toegevoegd.

6. Hier werden verschillende zoektochten gedaan met de Meshtermen 'general practice', 'sexual dysfunction', 'primary medical care' en 'physicians role'. Uit geen enkele zoektocht konden nuttige artikels weerhouden worden.

Op een niet-systematische manier kwamen we in totaal nog aan 10 artikels.

Verder werden er drie handboeken gebruikt [2-4]. Uit de referentielijst van één van deze handboeken kwamen we terecht op de website van de Nederlandse Vereniging Voor Seksuologie (NVVS), een wetenschappelijke vereniging opgericht in 1981 die waakt over de kwaliteit van de seksuologie in Nederland [9].

Antwoorden op onderzoeksvragen

Epidemiologie van hypertensie: prevalentie hypertensie tussen 45 en 65 jaar.

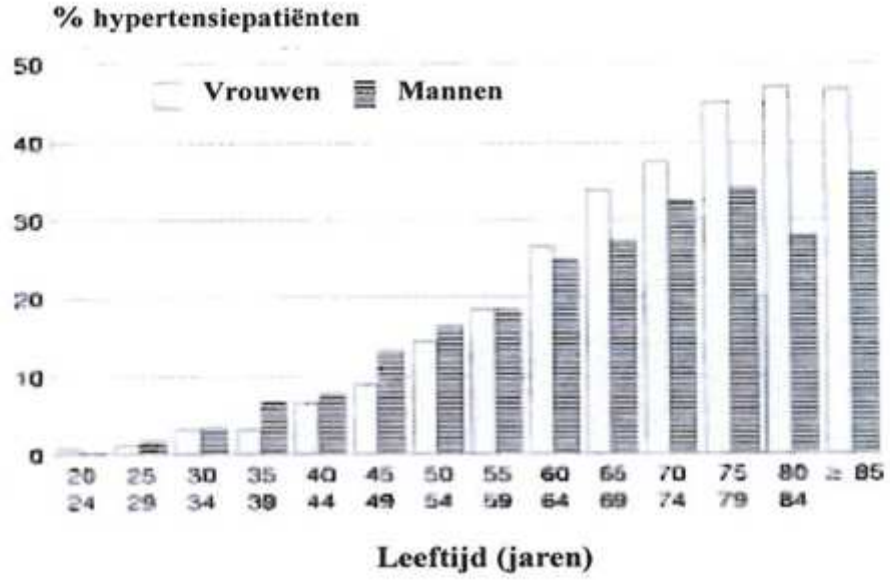
Hypertensie is één van de belangrijkste risicofactoren voor hart- en vaatziekten (HVZ) en verdient dus veel aandacht in de huisartsenpraktijk, samen met andere aanwezige risicofactoren voor HVZ.

Risicofactoren voor hypertensie zijn leeftijd, sedentaire levensstijl, roken, alcoholgebruik, hoog lichaamsgewicht, hoog zoutverbruik, veel verzadigde vetzuren en stress.
De systolische bloeddruk neemt geleidelijk toe met de leeftijd. De diastolische bloeddruk neemt ofwel ook geleidelijk toe met de leeftijd, of stabiliseert zich rond het 5de of 6de decennium [5].

Een systematic review van 173 studies [10] toonde wereldwijd een zeer gevarieerde prevalentie van hypertensie, met een gemiddelde van 20 tot 50% in economisch ontwikkelde landen. Hier gebeurde ook een vergelijking van twee studies over de prevalentie van hypertensie in België, BIRNH en MONICA. Deze studies liepen respectievelijk gedurende de periode van 1980-1984 en 1985-1992. Dit toonde een significante daling van de prevalentie van 41 en 30.5% naar 26.7 en 20% bij respectievelijk mannen en vrouwen.

Hieruit kunnen we afleiden dat hypertensie frequent voorkomt en dat de prevalentie toeneemt met de leeftijd. Uit onderstaand figuur kan men afleiden dat de prevalentie van hypertensie in de leeftijdscategorie van 45 tot 65 jarigen varieert van 8% tot 33% [5].

<u>Figuur 2</u>: Prevalentie van arteriële hypertensie (systolisch > 160mmHg, diastolisch > 95mmHg of gebruik van bloeddrukverlagende geneesmiddelen) [5]



Classificatie van seksuele disfuncties.

Voor hulpverleners, patiënten en wetenschappelijke onderzoekers is het van belang dat er zoveel mogelijk overeenstemming is tussen de gebruikte classificatiesystemen van seksuele disfuncties. Op internationaal vlak vinden we hiervoor klassiek twee grote systemen, namelijk de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) en de ICD (International Classification of Disease) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). (zie bijlage 1)

In de literatuur wordt over het algemeen de meest recente versie DSM-IV-TR [11] als uitgangspunt gebruikt. Hier is de indeling gebaseerd op de verschillende fasen van de seksuele responscylcus, met daarbij nog een extra categorie voor seksuele pijnstoornissen, die niet gebonden is aan een bepaalde fase van de responscylcus (tabel 1). Om van een seksuele disfunctie te kunnen spreken moet er sprake zijn van 'merkbaar lijden of inter-persoonlijke moeilijkheden' [3].

De DSM-IV TR hanteert twee clusters van criteria voor het toekennen van een classificatie. Het A-criterium is de omschrijving van de aard van het seksuele

disfunctioneren (oa. bestaansduur, frequentie, etiologie en context). Het B-criterium behelst de last en lijdensdruk van de patiënt zelf of van de partner [2].

Tabel 1:

	DSM-IV TR calssificatie	MAN	VROUW
1	Stoornissen in het seksuele verlangen	Aversie	Aversie
		Verminderd verlangen	Verminderd verlangen
2	Stoornissen in de seksuele opwinding	Erectiele disfunctie	Vaginale droogte
3	Orgasmestoornissen	Vroegtijdige zaadlozing	Vroegtijdig orgasme
		Geremde zaadlozing	Geen orgasme
4	Pijnstoornissen:	Dyspareunie	Dyspareunie
			Vaginisme

Deze twee clusters van criteria worden nog aangevuld met de categorieën 'seksuele disfuncties door een somatische aandoening' en 'seksuele disfuncties door middelengebruik'. Ook kan er een onderscheid gemaakt worden tussen (1) primaire disfuncties of verworven disfuncties en (2) disfuncties die zich alleen in bepaalde situaties voordoen of in alle mogelijke situaties aanwezig zijn [12].

In de huisartsenpraktijk worden ziektes en aandoeningen gecodeerd via het International Classification of Primary Care (ICPC) (zie bijlage 1). Deze huisartsencodering voor seksuele disfuncties komt niet overeen met de gebruikte classificatie in de literatuur (DSM-IV en ICD), wat problemen geeft om tot een eenduidige en voor iedereen verstaanbare codering van seksuele disfuncties te komen.

Definities [4]

1. **Stoornissen in het seksuele verlangen**
   - Seksuele aversie: gaat om een aanhoudende afkeer en vermijding van elk genitaal seksueel contact met een partner. Dit kan zelfs gepaard gaan met lichamelijke klachten zoals braken, huilen en buikpijn.

- Hypoactive sexual desire disorder (HSDD): een aanhoudend of recidiverend gebrek aan of ontbreken van seksuele fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit.

2. Stoornissen in de seksuele opwinding

- Erectiele disfuncties: bij mannen is er onvoldoende en/of geen erectie, zodanig dat coïtus moeizaam of onmogelijk is.
- Vaginale droogte: Bij vrouwen wordt dit gekenmerkt door een aanhoudend of recidiverend onvermogen om de adequate lubricatie en/of zwellingsrespons van seksuele opwinding te krijgen of in stand te houden tot het einde van de seksuele activiteit. In de praktijk presenteren vrouwen hun klacht zelden als een opwindingsprobleem; zij klagen eerder over pijn of het ontbreken van gevoelens van opwinding dan over het niet vochtig worden van de vagina.

3. Orgasmestoornissen

- Vroegtijdig orgasme: hierbij heeft men een orgasme voor men dat zelf wil, met andere woorden, wanneer men geen controle heeft over de ejaculatie. Dit komt meer voor bij mannen dan bij vrouwen.
- Geremd of geen orgasme: aanhoudende of recidiverende vertraging, of ontbreken van een orgasme volgend op een fase met een normale seksuele opwinding tijdens de seksuele activiteit die adequaat in aandacht, intensiteit en duur is.

4. Pijnstoornissen

- Dyspareunie: een steeds wederkerende of aanhoudende genitale pijn voor, tijdens of na geslachtsgemeenschap. Bij vrouwen wordt dit afhankelijk van de lokalisatie van de pijn nog verder ingedeeld in oppervlakkige en diepe dyspareunie.
- Vaginisme: een belemmering van de penetratie doordat er sprake is van een onwillekeurig aanhoudend spasme van de bekkenbodemspieren.

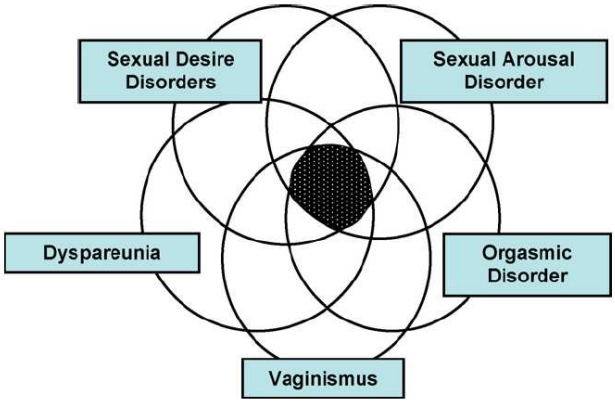
Kritiek

De DSM-classifiactie voor seksuele stoornissen heeft reeds veel kritiek gekregen de laatste jaren, met als vaakst genoemde beperking de indeling

volgens de fasen van de seksuele responscylcus. Bij deze indeling betreffen de stoornissen telkens één enkele fase van de cyclus, terwijl in de praktijk vaak verstoring van het functioneren in meerdere fasen wordt gevonden [2].

Vooral op vlak ven het vrouwelijke seksuele functioneren (Female Sexual Dysfunction = FSD) is dit model de laatste jaren in twijfel getrokken [13-14]. De kritiek luidt dat er te weinig rekening wordt gehouden met de complexiteit van de vrouwelijke seksuele ervaring [14]. Vrouwelijke seksuele disfuncties worden gezien als een multidimensionaal probleem waarin biologische, psychologische en inter-persoonlijke elementen worden samen voorkomen [13-14]. (zie figuur 3)

<u>Figuur 3:</u> Overlapping van vrouwelijke seksuele disfuncties [14].



Buiten de kritiek op de indeling volgens de fasen van de seksuele responscylcus is deze classificatie de laatste jaren een bron van discussie. Zo kaart Ellen Laan[12] een aantal andere problemen aan: ten eerste, gebrek aan adequate seksuele stimulatie is zeer moeilijk vast te stellen. Ten tweede, een subjectief oordeel blijft nodig waardoor de ene diagnosticus tot een andere conclusie zal komen als de andere. Ten derde, de vier diagnostische categorieën zijn niet onafhankelijk van elkaar. En ten vierde, het fysiologische opwindingscriterium is niet werkbaar omdat bij vrouwen de fysiologische veranderingen die gepaard gaan met seksuele opwinding niet goed waarneembaar zijn, en vrouwen hierdoor niet accuraat kunnen waarnemen of er sprake is van een afwezige of verminderde genitale respons.

Voorstellen voor nieuwe definities en classificaties worden meermaals gedaan [12]. Gehoopt wordt dat bij de nieuwe DSM-V hiermee rekening zal gehouden worden en er een beter classificatiesysteem tot zal komen.

Prevalentie van seksuele problemen

De prevalentie van seksuele disfuncties wordt al vele jaren onderzocht. Diverse internationale studies tonen aan dat seksuele functieproblemen veelvuldig voorkomen [15]. Deze onderzoeken tonen echter een grote variabiliteit in de gerapporteerde prevalentie. De voornaamste oorzaken hiervan zijn (1) het al of niet includeren van de lijdensdruk, (2) het verschil in methodologie, (3) de verschillende definities van de seksuele disfuncties, (4) het verschil in de onderzoekspopulatie en (5) culturele verschillen [15-17]. De prevalentiecijfers worden sterk beïnvloed door het al dan niet rekening houden van de ervaren hinder van de patiënt. Er worden aanzienlijk minder disfuncties gerapporteerd als men enkel de hinderlijke disfuncties meerekent.

In 2010 voerden Lewis et al. een grote overzichtsstudie uit van de bestaande wetenschappelijke literatuur over seksuele disfuncties tussen 2002 en 2009 [15]. Hieruit komt naar voren dat 40-45% van de volwassen vrouwen en 20-30% van de volwassen mannen regelmatig tot altijd te maken heeft met één of meerdere seksuele functieproblemen. Een overzicht van de verschillende prevalenties per seksuele disfunctie wordt weergeven in onderstaande tabel.

Tabel 2: Resultaten van de overzichtsstudie van Lewis et al. [15]

Seksuele disfuncties	Prevalentie
Vrouw	
Verminderd verlangen	17 - 55%
Opwindingsproblemen	8- 28%
Orgasmestoornissen	16 – 25%
Dyspareunie	14 – 27%
Man	
Verminderd verlangen	8 – 18%
Ejaculatie stoornissen	8 – 30%
Orgasmestoornissen	12 – 19%
Erectiestoornissen	2 – 35% (40 – 59 jaar)
	20 – 100% (60 – 80 jaar)

Vragenlijsten rond seksuele problemen

Om de anamnese grondiger te maken kunnen we gebruik maken van seksuologische vragenlijsten. Hierbij wordt het seksuele functioneren op een gestandaardiseerde manier bevraagd. Onderzoek toont aan dat het gebruiken van vragenlijsten het rapporteren van vrouwelijke seksuele disfuncties (Female Sexual Disfunction = FSD) verhoogt [18].

Arts en patiënt ervaren vaak een drempel in het spreken over het seksuele leven. Een korte vragenlijst kan een hulpmiddel zijn om deze barrières te overwinnen [18]. Over het algemeen reageren patiënten ook positief op het gebruik van vragenlijsten die informeren naar het bestaan van seksuele problemen [18]. Het geeft taal en structuur aan arts en patiënt in het spreken over het seksuele functioneren.
Hierbuiten hebben vragenlijsten nog verscheidene functies zoals het helpen bij het diagnostisch proces, het meten van verandering na behandeling en als wetenschappelijk meetinstrument.

Een vragenlijst die als screeningsinstrument wordt gebruikt, wordt het liefst zo simpel en kort mogelijk opgebouwd [18]. Het seksuele functioneren wordt het beste beoordeeld in een voor de patiënt zo natuurlijk mogelijke omgeving aan de hand van een zelfrapporteringsmethode [19].

Er bestaan verscheidene Engelstalige seksuologische vragenlijsten die op een zorgvuldige wijze vertaald zijn naar het Nederlands en waarvan de betrouwbaarheid en validiteit onderzocht zijn. Volgens de Nederlandse Vereniging Voor Seksuologie (NVVS) zijn de meest gebruikte hiervan [2,9] :

- De Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) bestaat in een mannelijke en vrouwelijke versie. Deze vragenlijst bestaat telkens uit 28 items die de meest voorkomende seksuele klachten van heteroseksuele personen met een vaste partner bevatten. De totaalscore geeft een indicatie over iemands (on)tevredenheid met het seksuele functioneren in de relatie. Daarnaast zijn er nog twaalf subschaalscores die de meeste seksuele disfuncties onderscheiden. Uit een studie in een Nederlandse populatie van ruim zevenhonderd mannen en vrouwen met en zonder

seksuele problemen, blijken de psychometrische eigenschappen van de oorspronkelijke GRISS goed [20].

- De Female Sexual Distress Scale (FSDS) beoordeelt de mate van persoonlijke ervaren hinder omtrent het seksuele functioneren bij de vrouw en bestaat uit twaalf onderdelen . Het is hiervoor een betrouwbaar en valide meetinstrument en heeft een zekere waarde als screeningsinstrument [21].

- De Female Sexual Function Index (FSFI) is een lijst voor de beoordeling van het seksuele functioneren bij vrouwen. Deze index bestaat uit negentien items die de mate van het seksuele verlangen, opwinding, lubricatie, orgasme, tevredenheid en genitale pijn in kaart brengen [21]. Hij inventariseert echter niet de ervaren hinder en werd oorspronkelijk ontwikkeld als screeningsinstrument voor seksuele disfuncties in onderzoeksverband [2].

- De International Index of Erectile Function (IIEF) [19] kan gebruikt worden voor de beoordeling van het seksuele functioneren bij mannen. Deze lijst bestaat uit vijftien items die de mate van seksueel verlangen, erectiel functioneren, orgasme, tevredenheid en seksueel functioneren in het algemeen omvatten. Ook hier wordt de ervaren hinder niet geïnventariseerd. Deze index werd primair ontwikkeld als screeningsinstrument en voor effectevaluatie van seksuele disfuncties in onderzoeksverband. Ondertussen is er ook een verkorte versie van de IIEF verkrijgbaar. Deze wordt gebruikt voor het screenen van erectieproblemen [22].

Nevenwerkingen van antihypertensiva op het seksuele functioneren.

Hypertensie is niet enkel een cardiovasculaire risicofactor, maar wordt ook vaak geassocieerd met een achteruitgang van het seksuele functioneren. Onderzoek toont aan dat seksuele disfuncties meer voorkomen bij hypertensieven dan bij normotensieven (normale bloeddruk) [23-25]. Meer nog, recentere studies tonen een

hoger voorkomen van seksuele disfuncties bij patiënten onder antihypertensiva dan bij patiënten zonder behandeling, waardoor de vraag wordt gesteld of antihypertensiva ook bijdragen tot het ontstaan van seksuele disfuncties [23]. Er wordt gespeculeerd dat dit bijdraagt tot een slechte compliance en vroegtijdig stopzetten van de behandeling. Hier zijn echter nog geen harde bewijzen voor [24-25].

Grote klinische studies die specifiek de rol van antihypertensiva op het seksuele functioneren onderzoeken bestaan eigenlijk niet. Zeker op het vlak van vrouwelijke seksuele disfuncties (Female Sexual Dysfunction = FSD) is er niet veel onderzoek. Dit komt enerzijds door het gebrek aan kennis hierover door artsen en anderzijds door de afwezigheid van een medicamenteuze behandeling voor FSD. De weinige data die er zijn, tonen een gelijkaardig effect van antihypertensiva op het seksuele leven van mannen en vrouwen [23]. Men moet ook in zijn achterhoofd houden dat deze studies niet altijd dezelfde definities hanteren en vaak ook niet dezelfde onderzoekparameter hebben (seksuele tevredenheid vs. seksuele functie vs. erectiele functie) De meeste studies over het effect van antihypertensiva op het seksuele functioneren onderzoeken voornamelijk het voorkomen van erectiele disfuncties (ED).

Oudere klassen antihypertensiva (diuretica en bètablokkers) zouden meer negatieve effecten hebben op de erectiele functie in vergelijking met de nieuwere klassen [24]. Thiazide-like diuretica zijn eerste keus bij de behandeling van hypertensie [1] . De incidentie van medicatie geïnduceerde ED varieert tussen de 4% en 32% bij diuretica [26]. Het exacte mechanisme hierachter is niet gekend [27].

Maar zelfs antihypertensiva van de dezelfde klasse kunnen een verschillend effect hebben [23] . Bij de verschillende types bètablokkers kwam dit reeds naar voor. De incidentie bij bètablokkers gaat van 5% tot 43%. Meer bepaald, metoprolol en carvedilol worden geassocieerd met een hoger voorkomen van ED, atenolol en bisoprolol met een middelmatig voorkomen en nebivolol met het laagste voorkomen. Een analoog verschil werd ook gezien bij de ernst van de disfunctie [23].

Er zijn slechts enkele studies uitgevoerd met betrekking tot calcium-antagonisten en ACE inhibitoren. De weinige gegevens hierover suggereren dat deze twee klassen een neutraal effect hebben op het seksuele functioneren van de patiënt [23, 25-26] .

Wel interessant is dat enkele studies aantonen dat angiotensie-2–antagonisten zelfs een positief effect zouden hebben op de erectiele functies en op andere domeinen van het seksuele functioneren, zoals libido. Dit wordt extra ondersteund door een studie waarbij patiënten, die reeds onder antihypertensiva stonden, geswitcht werden naar een angiotensie-2–antagonist. Hierbij werd er een aanzienlijke stijging gezien in de seksuele bevrediging [25].

Er blijft echter veel onduidelijkheid over de wisselwerking tussen hypertensie, antihypertensiva en seksuele functies . Het feit dat we moeilijk een onderscheid kunnen maken tussen negatieve effecten op de ED door antihypertensiva en positieve effecten op de ED door een goede bloeddruk controle, maakt het heel moeilijk om de bijwerkingen van antihypertensiva op het seksuele functioneren te onderzoeken [28]. Toch blijven we erbij dat er dringend nood is aan een uitgebreide studie over het effect van antihypertensiva op het seksuele leven, voornamelijk voor vrouwelijke patiënten.

Rol van de huisarts

In het algemeen is er nog niet veel onderzoek verricht naar de rol van de huisarts in het bespreken van seksuele problemen. De visie van de huisarts hierover werd al vaker onderzocht dan de visie van de patiënt [6].

Huisartsen spelen een belangrijke rol als het gaat om de zorg voor patiënten met klachten in verband met seksuele gezondheid. Toch blijft het zorgcontact achter bij de zorgbehoefte. Zowel patiënten als huisartsen ervaren nog barrières in het bespreken van seksuele problemen [8].

Een studie toonde dat slechts 9% van de mannelijke en vrouwelijke patiënten de laatste 3 jaar tijdens een routine consultatie werden bevraagd naar hun seksuele gezondheid. Men verwacht nochtans dat een huisarts, die verondersteld wordt

zo goed mogelijk op de hoogte te zijn van de gezondheid en biopsychosociale context van een patiënt, de geknipte zorgverstrekker is om de patiënt met seksuele problemen te helpen. Desondanks wees onderzoek uit dat slechts 40% van de huisartsen dit als zijn verantwoordelijkheid zag [17]. Een andere studie toonde dan weer dat patiënten ook terughoudend zijn in het bespreken van seksuele problemen met hun huisarts [17,29] . Nochtans vindt 70% de huisarts de geschikte persoon om deze problemen aan te pakken [6] .

Zoals reeds gezegd ervaren zowel patiënten als huisartsen barrières in het bespreken van seksuele problemen [8]. Enkele van de meest voorkomende barrières bij patiënten zijn [30] :

- Schaamtegevoelens.
- Patiënten kunnen het gevoel hebben dat dit niet tot het takenpakket van de huisarts hoort omdat ze denken dat het geen ziekte is.
- Ze kunnen de indruk hebben dat hun arts hier geen tijd voor heeft of geen interesse of te weinig ervaring.
- Patiënten kunnen niet op de hoogte zijn dat er een effectieve behandeling bestaat voor een specifiek seksueel probleem.

Barrières bij de artsen zijn [6, 30] :

- Artsen vinden soms dat praten over het seksuele leven van de patiënt de arts-patiënt relatie te veel beperkt.
- Angst om de patiënt te beledigen.
- Tijdsgebrek.
- Gebrek aan kennis.
- Te weinig doorverwijsmogelijkheden.

Nederlands onderzoek over de arts-patiëntrelatie in verband met het ter sprake brengen van seksuele problemen toont aan dat kennis, vaardigheden en attitude van de hulpverlener evenals de normen, waarden en verwachtingen van de patiënten en huisartsen, vaak bepalen of het thema seksualiteit ook in de spreekkamer bespreekbaar is. Sekse-, leeftijd-, en cultuurverschillen maken de communicatie tussen patiënten en huisartsen er niet makkelijker op [8] .

DEEL 2: PRAKTIJKONDERZOEK

Inleiding

Van sommige antihypertensiva is het geweten dat deze bijwerkingen kunnen hebben op het seksuele functioneren van de patiënt [31]. Tot hiertoe zijn we dit nog maar zelden tegengekomen in onze groepspraktijk. Een goed seksueel functioneren draagt zeker bij tot de levenskwaliteit van de patiënten en behoort volgens de meest artsen dus ook tot ons takenpakket [8].

We willen onderzoeken of er in onze groepspraktijk effectief patiënten zijn die nevenwerkingen ondervinden bij hun seksuele functioneren door het gebruik van antihypertensiva. Hiervoor werd er een vragenlijst meegegeven aan alle patiënten tussen 45 en 65 jaar met hypertensie zonder orgaanbeschadiging. In de leeftijdscategorie van 45 tot 65 jarigen heeft ongeveer 1 op 4 patiënten hypertensie, waardoor dit toch een aanzienlijke populatie van onze praktijk betreft. Onder de 45 jaar is de prevalentie van hypertensie te laag om relevant te zijn. Boven de 65 jaar is er meer comorbiditeit. Seksuele disfuncties komen in alle leeftijdsgroepen voor, maar het voorkomen ervan neemt ook toe met de leeftijd, waardoor het boven de 65 jaar te moeilijk wordt het onderscheid te maken tussen fysiologische veranderingen in het seksuele functioneren en veranderingen door medicatie of ziekte.

Om verder in te gaan op de visie van de patiënt over de rol van de huisarts in de communicatie omtrent bijwerkingen en het seksuele functioneren werden enkele patiënten op vrijwillige basis uitgenodigd voor een interview.

Er werd beslist dit onderzoek enkel in de eigen groepspraktijk uit te voeren om te kijken wat de visie is van onze eigen patiënten hierop. Hieruit hopen we een beter inzicht te krijgen in onze eigen praktijkvoering. Tenslotte hopen we hieruit enkele lessen te trekken om in de toekomst onze kwaliteit van zorg te verbeteren.

Dit onderzoek werd in september 2012 goedgekeurd door het Ethisch Comité.

Methode

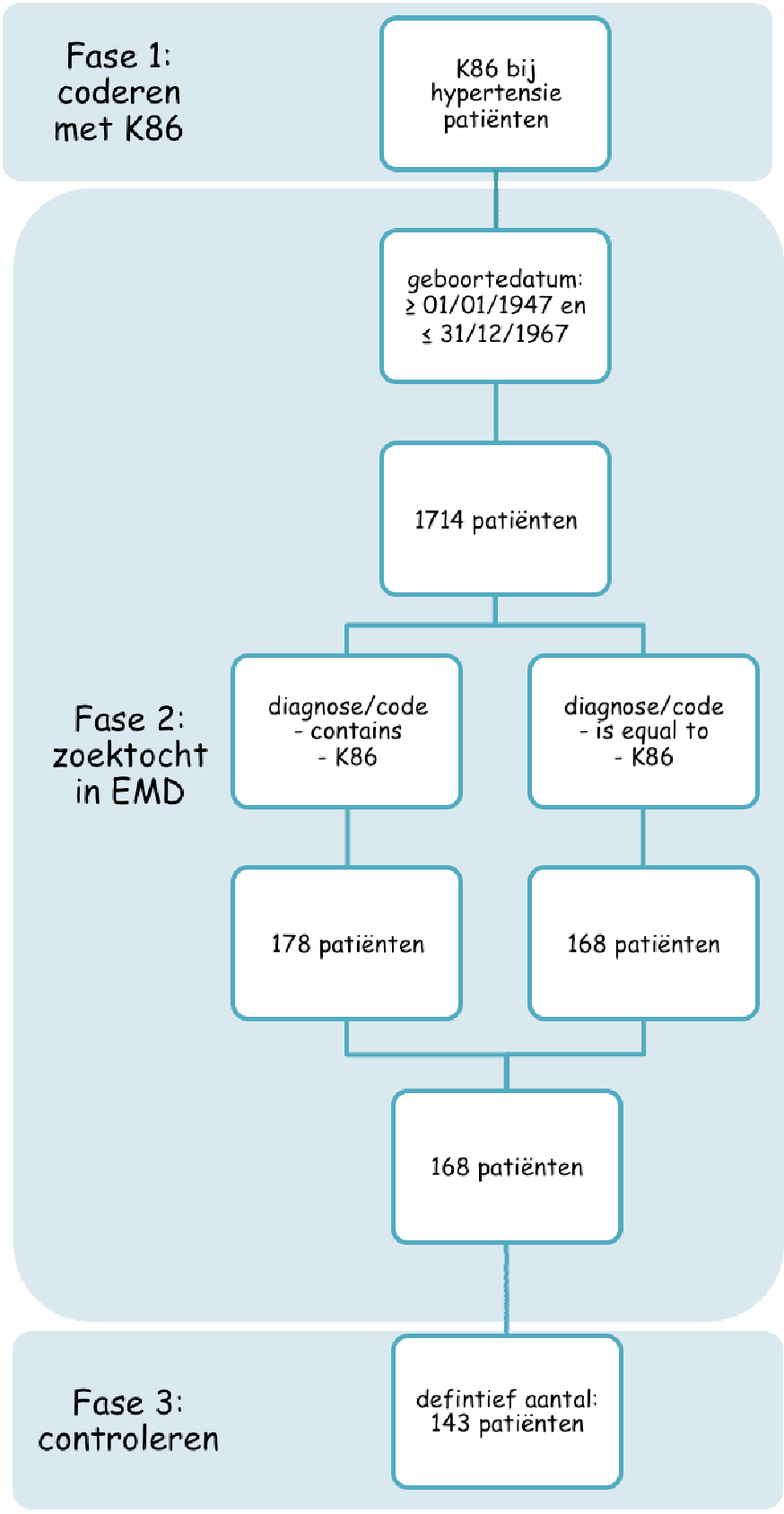
Onderzoekspopulatie

In de groepspraktijk is het de gewoonte om chronische medicatie telkens voor drietal maanden voor te schrijven.
Gedurende een periode van 3 maanden in de zomer van 2012 werden alle patiënten met hypertensie zonder orgaanbeschadiging juist gecodeerd. Dit gebeurde door alle collega's van de groepspraktijk. Bij elke patiënt die consulteerde voor een hernieuwing van zijn antihypertensiva werd de ICPC-code K86 (hypertensie zonder orgaan beschadiging) aangevuld in het EMD aan de hand van antecedenten en diagnose. Exclusiecriteria hierbij waren secundaire hypertensie en hypertensie met orgaanbeschadiging (ICPC = K87).

In september 2012 werd vanuit het EMD een opzoeking gedaan naar alle patiënten tussen 45 en 65 jaar met hypertensie zonder orgaanbeschadiging aan de hand van de volgende zoekwijze.
Eerst werd er een lijst gemaakt van alle patiënten in deze leeftijdscategorie. Hiervoor werd er gezocht op "geboortedatum is groter dan of gelijk aan 01/01/1947 en kleiner dan of gelijk aan 31/12/1967". Dit leverde 1714 patiënten op.
Voor de diagnose hypertensie zonder orgaanbeschadiging werd er in de voorgaande lijst verder gezocht op "diagnose/codes – contains – K86" en "diagnose/codes – is equal to – K86". Dit leverde respectievelijk 178 en 168 patiënten op. De discrepantie tussen deze lijsten werd uitgezuiverd en hiervan kon geen enkele patiënt worden weerhouden, wat het voorlopige aantal patiënten op 168 bracht.

Deze lijst werd door twee artsen onafhankelijk van elkaar verder uitgezuiverd, met als verdere exclusiecriteria: wittejashypertensie, overlijden, verhuis, naar andere huisarts, zwangerschap, niet wilsbekwaam en niet in staat de vragenlijst in te vullen.. Hierdoor werden nog eens 25 patiënten geschrapt waardoor het definitieve aantal van patiënten van 45 tot 65 jaar met hypertensie en behandeld met antihypertensiva kwam op 143 patiënten. Bij al deze patiënten werd in het EMD aan de hand van het CAVE scherm een kenteken geplaatst.

Figuur 4: Flowchart onderzoekspopulatie



Vanaf nu wordt er enkel nog gesproken over patiënten met hypertensie die voldaan aan de inclusie en exclusiecriteria (zie tabel).

Tabel 3: Voorwaarden populatie

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Hypertensie zonder orgaanbeschadiging	Hypertensie met orgaanbeschadiging
65 jaar of jonger	Secundaire hypertensie
45 jaar of ouder	Wittejashypertensie
Gebruik antihypertensiva	Zwanger
	Niet in staat vragenlijst in te vullen
	Niet wilsbekwaam

Enquête

De enquête werd opgesteld met enkele bestaande vragenlijsten die peilen naar het seksuele functioneren en de seksuele tevredenheid van patiënten [2,19-22] als voorbeeld.
Zoals in de literatuurstudie beschreven, is het beter om vragenlijsten rond het seksuele functioneren zo kort en simpel mogelijk te houden en de patiënt deze te laten invullen in een voor de patiënt zo natuurlijk mogelijke omgeving [18]. Om een zo groot mogelijke respons te krijgen, werd er daarom geopteerd om de vragenlijst niet te uitgebreid te maken en vragen te gebruiken die peilen naar het algemeen seksueel functioneren en de belangrijkste seksuele disfuncties.

De vragenlijst (zie bijlage 2) is opgebouwd uit verschillende delen. Het eerste deel handelt over algemene gegevens zoals geslacht, leeftijd,…. Het tweede deel betreft enkele vragen omtrent het medicatiegebruik. Een derde deel gaat dieper in op het seksuele functioneren en bestaat uit een eerste algemene luik en een tweede luik verschillend voor mannen en vrouwen. Het derde en laatste deel stelt enkele vragen over de visie van de patiënt op de rol van de huisarts in het bespreken van nevenwerkingen van medicatie en het seksuele functioneren van de patiënt.
Het invullen van de vragenlijst duurt een vijftal minuten.

Gedurende de maanden december 2012, januari en februari 2013 werd bij iedere patiënt die behoorde tot de onderzoeksgroep de vragenlijst meegegeven. Dit gebeurde door alle collega's van de groepspraktijk. Na de consultatie werd de patiënt door de betreffende arts mondeling toegelicht over het onderzoek en gevraagd of deze de vragenlijst wou invullen. Indien de patiënt toestemde kon deze kiezen de enquête onmiddellijk in te vullen in de wachtzaal of deze mee naar huis te nemen.

De vragenlijst werd in een grote omslag aan de patiënt overhandigd. Deze omslag bevatte verder nog een informatie en toestemmingsbundel voor de patiënt , conform de richtlijnen van het ethisch comité. Bovendien konden de patiënten zich via een afzonderlijk toestemmingsformulier kandidaat stellen voor een interview teneinde dieper in te gaan op de problematiek, en hun ideeën verder te verduidelijken.

Om de anonimiteit van de enquête te garanderen werden in de gang van de groepspraktijk twee dozen geplaatst. In de ene doos kon de enquête onder verzegelde omslag worden afgegeven. In de andere doos konden de patiënten hun toestemmingsformulieren deponeren aan de hand van een extra enveloppe.

In totaal werden 104 van de 143 vragenlijsten meegegeven. Er werden dus 39 patiënten gemist. Dit kwam door verscheidene redenen zoals verhuis, overlijden of niet geconsulteerd in de periode van 3 maanden. Bovendien werd bij sommige patiënten door de betreffende arts beslist dat het niet gepast zou zijn de enquête mee te geven, bijvoorbeeld bij recent overlijden echtgenoot/echtgenote, consultatie in het kader van een slecht-nieuws-gesprek,….

De resultaten van dit onderzoek werden geanalyseerd met behulp van Excel. Aangezien de studie niet zo'n grote aantallen betreft werd beslist in de verwerking van de gegevens de antwoorden helemaal mee eens en eerder mee eens samen te analyseren, evenals de antwoorden helemaal niet mee eens en eerder niet meer eens.

Interviews

De kandidaten voor een interview werden bekomen aan de hand van de toestemmingsformuliertjes die werden meegegeven met de vragenlijst. Hierop vulden ze hun naam en contactgegevens (telefoon/e-mailadres) in en gaven deze af zoals hoger beschreven onder gesloten omslag, gescheiden van de enquête.
In totaal gaven 63 patiënten zich hier vrijwillig voor op.

Wegens de onverwachte grote interesse, werd beslist de interviews te laten doorgaan tot het verzadigingsniveau werd bereikt. Patiënten werden telefonisch gecontacteerd en uitgenodigd in de praktijk.

Aan de hand van het interview willen we te weten komen wat volgens de patiënt hierin onze rol als huisarts is. Moeten we hier meer aandacht aan besteden? Hoe zien zij dit? Moet dit actiever besproken of bevraagd worden?

Voor het interview werd gebruikt gemaakt van enkele richtinggevende vragen (zie bijlage 3), maar verder werd het ritme en de visie van de patiënt gevolgd. Voor elk gesprek werd nogmaals het doel van het onderzoek uitgelegd aan de patiënt en zijn toestemming tot een gesprek en een geluidsopname gevraagd. De interviews werden opgenomen en nadien onmiddellijk gecodeerd. De geluidsopnames werden niet bewaard.

Resultaten

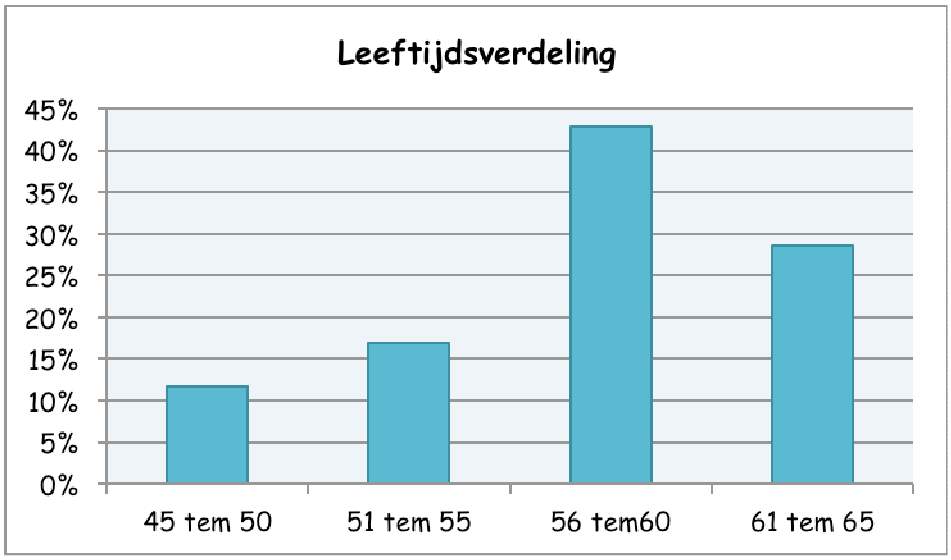
In totaal werden er, verspreid over de 3 maanden 104 vragenlijsten meegegeven, waarvan er 86 werden ingevuld. Dit is een respons van 82%.
Voor de analyse van de resultaten hebben we nog 7 enquêtes laten vallen wegens foutief ingevuld. Met een eindtotaal van 77 ingevulde vragenlijsten, komen we op een responsgroep van 74%.

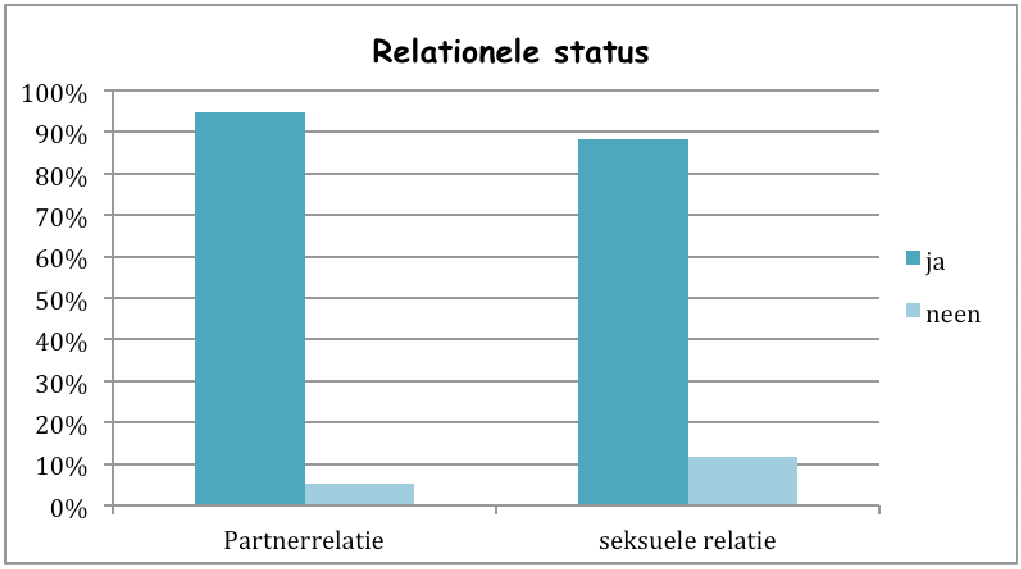
Van de 77 vragenlijsten was de verdeling tussen man en vrouw respectievelijk 55,8% (43 enquêtes) en 44, 2 % (34 enquêtes). De gemiddelde leeftijd bedroeg 57,35 jaar. Het grootste aantal van de patiënten bevond zich in de leeftijdscategorie van 56 tot en met 60 (43%), gevolgd door respectievelijk de

groep van 61 tot en met 65 (29%), 51 tot en met 55 (17%) en 45 tot en met 50 jaar (12%).

Van alle respondenten had 95% een partnerrelatie op het moment dat de vragenlijst werd ingevuld, en was 88% seksueel actief.

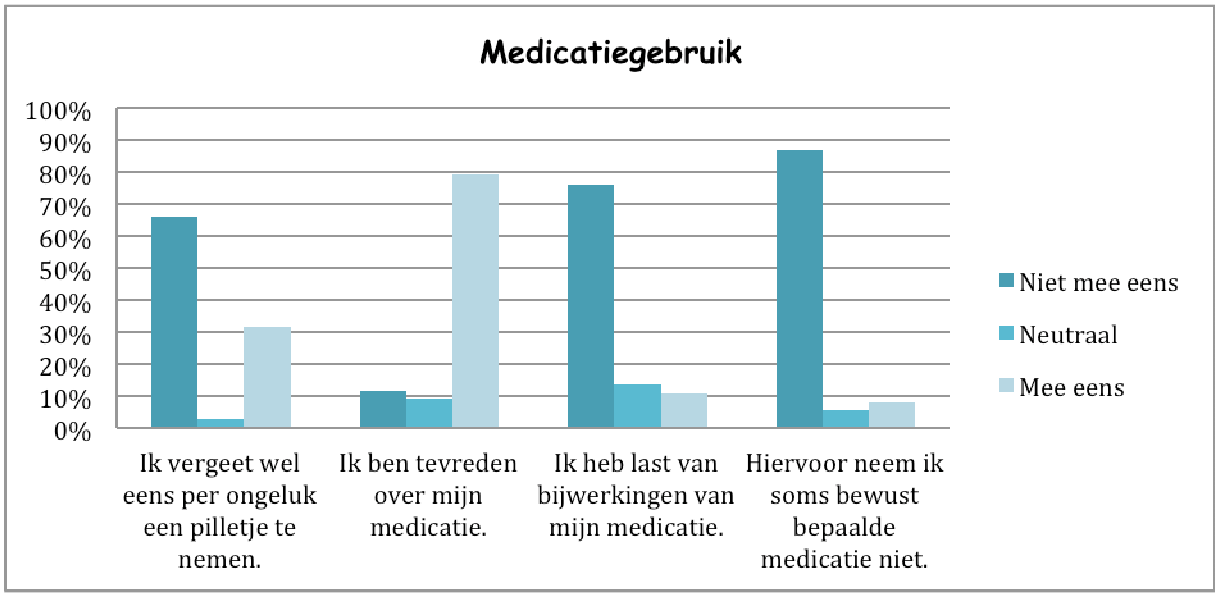
Figuur 5: Demografische gegevens.





De grote meerderheid van de patiënten (79%) is tevreden met zijn voorgeschreven medicatie. Bijwerkingen komen bij 11% voor, terwijl 13% hier neutraal op antwoordt en 76% helemaal geen bijwerkingen heeft. 32% van de patiënten vergeet wel eens per ongeluk zijn medicatie in te nemen, 8% van de patiënten neemt zijn medicatie wel eens bewust niet in vanwege bijwerkingen.

Figuur 6:

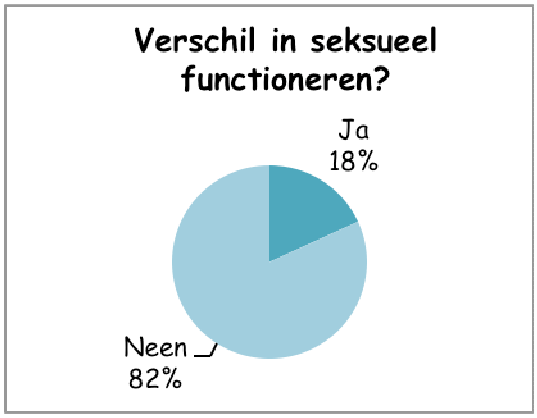


Seksuele functioneren

In bijlage 4 vindt u de antwoorden van alle patiënten op de vragen omtrent het seksuele leven. We beperken ons tot de resultaten die van belang zijn voor het onderzoeksopzet (cfr. doelstelling).

Op de vraag of ze zelf een verschil gemerkt hebben in hun seksuele leven na de start van antihypertensiva, antwoordde 18% positief. Dit resultaat was bij mannen en vrouwen gelijkaardig met respectievelijk 19% (10 mannen) en 18% (9 vrouwen).

Figuur 7: Heeft u zelf een verschil opgemerkt in uw seksueel leven na de start van antihypertensiva?

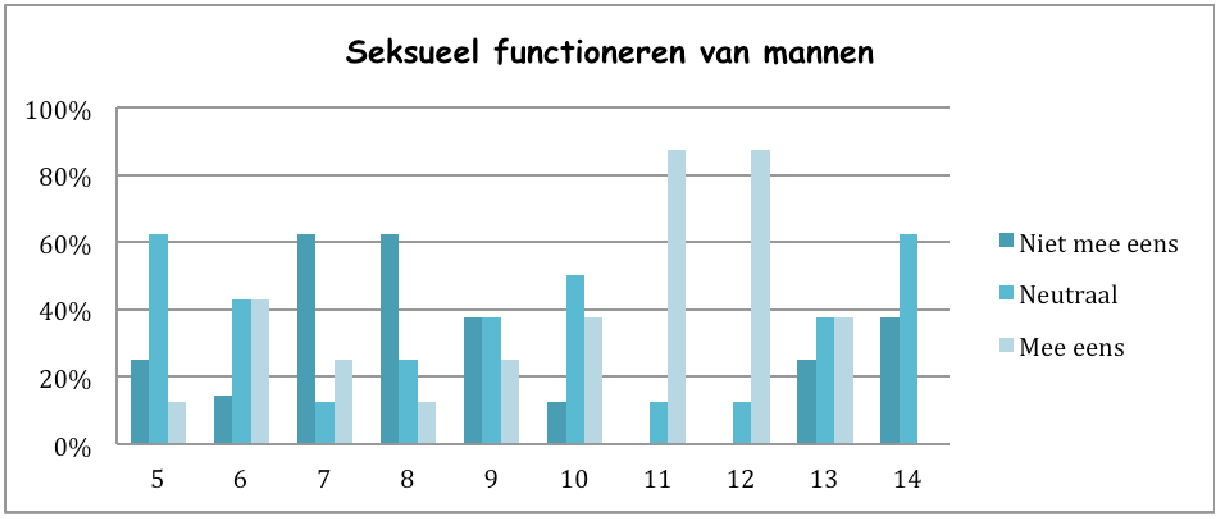


Mannen

Bij de mannen springen voornamelijk erectieproblemen in het oog; 7 van de 10 mannen (88%) geeft aan zijn erectie minder lang te kunnen behouden en bij hetzelfde aantal (88%) is de erectie niet meer stijf genoeg. Orgasmestoornissen komen minder voor; 3 personen (38%) zeggen moeilijker klaar te komen. Een kwart geeft aan moeilijker opgewonden te raken.

Seksuele tevredenheid komt maar bij 13% voor; 25% is niet tevreden en de overgrote meerderheid neutraal (63%). Bezorgdheid over het seksuele leven komt dan weer bij 43 % voor. Slechts 14% van de mannen beweert helemaal niet bezorgd te zijn omtrent zijn seksuele leven.

Figuur 8: Het seksuele leven bij mannen die een verschil merkten in hun seksuele leven na de start van antihypertensiva.



Legende:

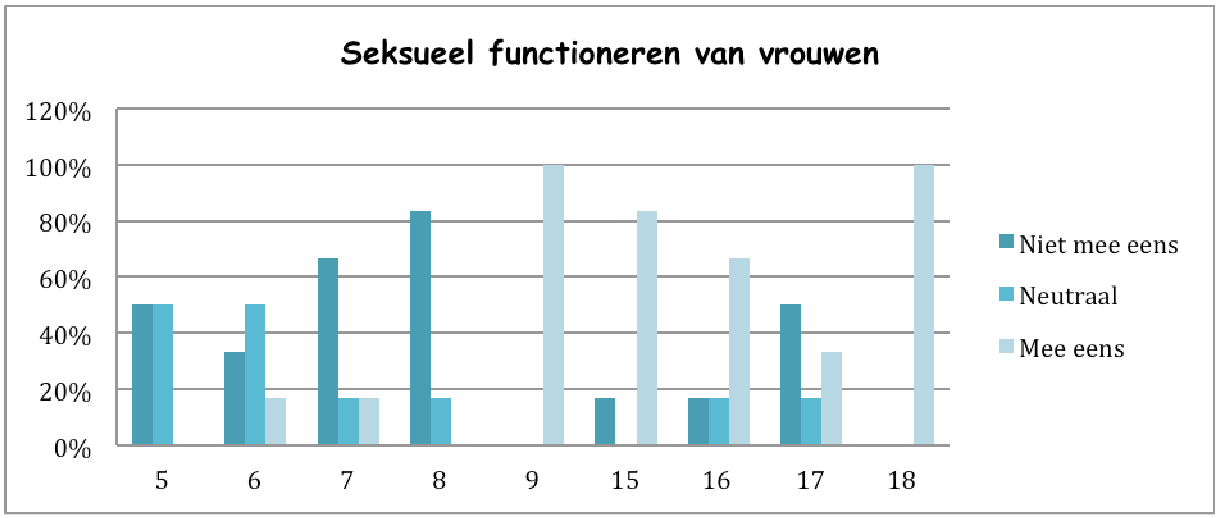
5 = Ik ben tevreden over mijn seksuele relatie.
6 = Ik ben bezorgd over mijn seksueel leven.
7 = Mijn libido is dezelfde als voor de start van de medicatie.
8 = Ik raak gemakkelijker opgewonden.
9 = Ik raak moeilijker opgewonden.
10 = Ik krijg moeilijker een erectie.
11 = Mijn erectie is niet meer stijf genoeg.
12 = Ik kan mijn erectie minder lang behouden;
13 = Ik kom moeilijker klaar.
14 = Ik kom sneller klaar.

Vrouwen

De vrouwen lijken minder tevreden met hun seksuele leven; 50% is niet tevreden en 50% neutraal. Ook de bezorgdheid ligt lager bij vrouwen met maar 17% vrouwen die bezorgd zijn, en 33% die beweren niet bezorgd te zijn.

Alle vrouwen geven aan moeilijker opgewonden te raken, en ook hun verlangen is veranderd. Slechts 17% geeft aan dat hun libido hetzelfde is gebleven als voor de start van de medicatie. Bij 83% wordt de vagina minder vochtig tijdens het vrijen. Pijn komt bij 67% vaker voor tijdens het vrijen, en bij 33% vaker voor na het vrijen. Alle vrouwen zeggen moeilijker klaar te komen.

<u>Figuur 9:</u> Het seksuele leven bij vrouwen die een verschil merkten in hun seksuele leven na de start van antihypertensiva.



<u>Legende:</u>

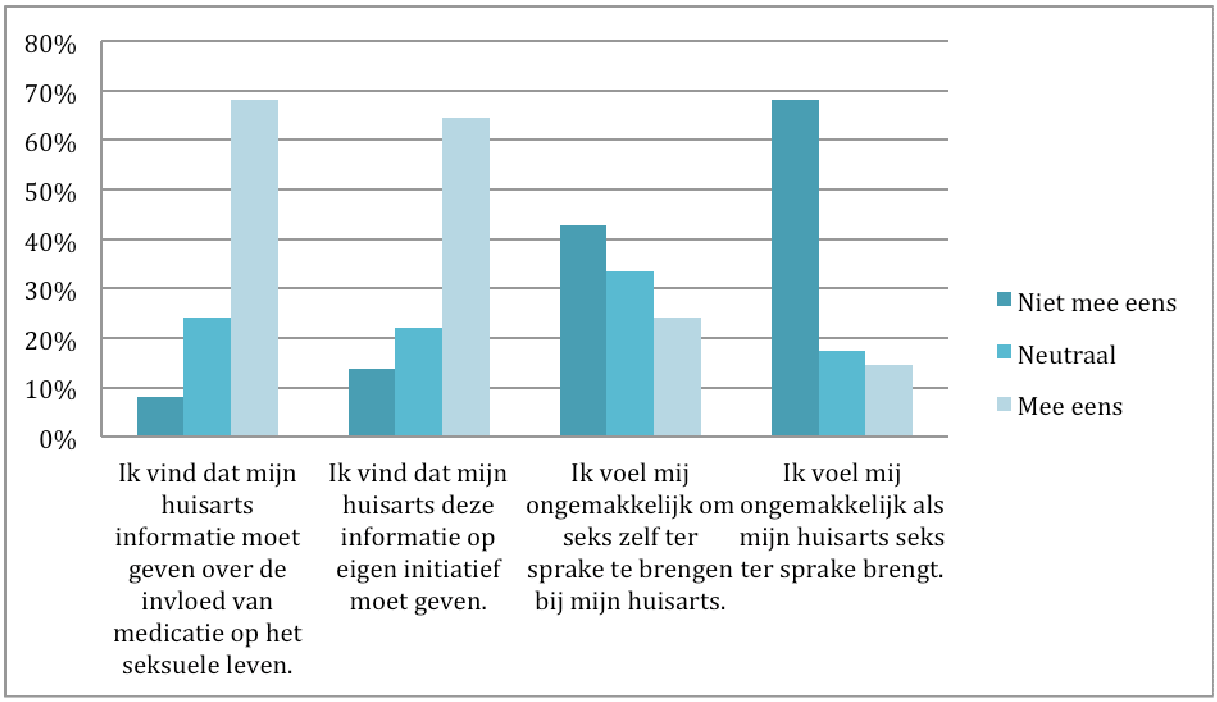
5 = Ik ben tevreden over mijn seksuele relatie.
6 = Ik ben bezorgd over mijn seksueel leven.
7 = Mijn libido is dezelfde als voor de start van de medicatie.
8 = Ik raak gemakkelijker opgewonden.
9 = Ik raak moeilijker opgewonden.
15 = Mijn vagina wordt minder vochtig tijdens de seks.
16 = Ik heb vaker pijn bij het vrijen.
17 = Ik heb vaker pijn na het vrijen.
18 = Ik kom moeilijker klaar.

Rol van de huisarts

De grote meerderheid (68%) vindt het de taak van de huisarts om informatie te geven over de mogelijke invloed van medicatie op hun seksuele functioneren. Daartegenover vindt slechts 8% het niet de taak van de huisarts, 24% houdt zich hierin neutraal. Vergelijkbare resultaten vinden we bij de vraag of de huisarts deze informatie op eigen initiatief moet geven; 14% is het hiermee niet eens, 64 % is het er wel mee eens en 22% neemt een neutraal standpunt in.

Ongeveer een vierde (24%) van de patiënten voelt zich ongemakkelijk om seks zelf ter sprake te brengen. Echter als de huisarts zelf seks ter sprake brengt, daalt dit percentage van patiënten die zich ongemakkelijk voelen naar 15%. Net niet de helft (43%) voelt zich niet ongemakkelijk om zelf over seks te beginnen in de spreekkamer. Als de huisartsen het ter sprake brengen, stijgt dit percentage naar 68%.

Figuur 10: Visie van de patiënt op de rol van de huisarts.



Interviews

In het totaal gaven 63 patiënten zich vrijwillig op voor een interview. Door dit onverwachte grote succes werd beslist de interviews uit te voeren tot het bereiken van verzadigingsniveau. Er gebeurden over een periode van twee weken 8 interviews, met evenveel mannen als vrouwen.

Ze gaven allemaal aan niet op de hoogte te zijn dat medicatie voor een te hoge bloeddruk bijwerkingen kan hebben op hun seksuele functioneren. Alle 8 waren van mening dat huisartsen in het algemeen niet genoeg aandacht besteden aan bijwerkingen van medicatie. Meer bepaald bij het voorschrijven van nieuwe chronische medicatie. Dit werd door 6 van de 8 personen aangehaald.

Allen vonden ze het geven van informatie over bijwerkingen de taak van de huisarts. De voornaamste reden dat hiervoor werd aangehaald (5 op 8) was dat je als huisarts het psychosociale aspect van je patiënt kent en dus beter kan inschatten welke bijwerkingen voor hen belangrijk zouden kunnen zijn. Eén persoon vond het de taak van de voorschrijvende arts of dat nu de huisarts of cardioloog was.

Volgens de grote meerderheid (6 van de 8) mogen de huisartsen hier actiever naar informeren en achter vragen bij de patiënt. Er werd niet verwacht dat je altijd alle bijwerkingen meegaf, maar wel deze die voor de patiënt van belang zouden kunnen zijn. Hier werd wederom de nauwe huisarts-patiënt relatie als reden aangehaald. Voor de meesten (5 van de 8) was het voldoende om dit mondeling mee te delen, de andere drie vonden het belangrijk om informatie mee te krijgen die ze thuis konden nalezen aan de hand van een brochure of een tekst op de website.

Door geen enkele patiënt werd de communicatie in onze groepspraktijk over het seksuele functioneren als ontoereikend ervaren. Een kwart had hier reeds een gesprek over gehad. De anderen hadden hier nog geen behoefte toe gehad, maar allen hadden ze het gevoel hiermee in de groepspraktijk terecht te kunnen. Om zelf over hun seksueel leven te beginnen in de spreekkamer heerste er nog wel wat gêne (5 van de 8). Niemand voelde zich er ongemakkelijk bij als de arts het zelf ter sprake bracht.

Samenvatting:

- 18% merkt een verschil in het seksuele functioneren na de start van antihypertensiva.
- Bij vrouwen komt dit evenveel voor als bij mannen.
- Mannen hebben meer erectieproblemen.
- Bij vrouwen komen meer opwindings- en pijnproblemen voor.
- De meerderheid van de patiënten vindt het de taak van de huisarts om dit ter sprake te brengen.
- Huisartsen moet actiever naar het seksuele functioneren

Discussie: interpretatie en bespreking van de resultaten.

Tot nu toe zijn er nog niet veel onderzoeken gebeurd naar de nevenwerkingen van antihypertensiva op het seksuele functioneren. Dit is de eerste studie in Vlaanderen die dit onderwerp belicht. De vragenlijst werd door 77 patiënten ingevuld, waarvan iets meer mannen dan vrouwen. We kunnen van een grote responsgroep spreken (74%). Bij dergelijke studies is er altijd het probleem van non-response bias, waarbij degene die niet meededen aan het onderzoek andere kenmerken vertonen [16].

In onze groepspraktijk gaf 18% aan een verandering te hebben opgemerkt na de start van hun antihypertensivum. Bij vrouwen kwam dit evenveel voor als bij mannen. Bij mannen kwamen voornamelijk erectiestoornissen naar voren, vrouwen merkten meer opwindingsstoornissen en pijnproblemen op. Aangezien er tot nog toe nog geen uitgebreide studie over dit onderwerp gebeurde kunnen we dit resultaat niet vergelijken met de wetenschappelijke literatuur. Het onderzoek werd uitgevoerd bij een te kleine groep om de besluiten/resultaten te kunnen doortrekken naar de ganse populatie.

Het bewust niet innemen van medicatie vanwege bijwerkingen gebeurt bij 8% van de onderzochte doelgroep. De compliance kon niet uitgebreid worden bevraagd omdat dit een hele andere onderzoeksmethodiek vereist. Deze resultaten doen

wel vermoeden dat bijwerkingen op het seksuele functioneren kunnen bijdragen tot slechte compliance en het vroegtijdig stopzetten van de medicatie. Dit vermoeden bleek ook reeds uit de literatuurstudie maar harde bewijzen hiervoor bestaan nog niet.

De grote meerderheid van de bevraagde doelgroep (68%) vindt het de taak van de huisarts om informatie te geven over de mogelijke invloed van medicatie op hun seksuele functioneren. Huisartsen moeten deze informatie op eigen initiatief geven volgens 64%. Een kwart van de patiënten voelt zich ongemakkelijk om seks zelf ter sprake te brengen in de spreekkamer. Als de huisarts dit zelf ter sprake brengt voelen de meesten zich niet ongemakkelijk. Ook uit de interviews blijkt dat er bij de patiënten nog gêne heerst over dit onderwerp. Ze zien het eerder als de taak van de huisarts om het seksuele functioneren ter sprake te brengen. Deze resultaten zijn te vergelijken met vorige studies over dit onderwerp.

Er zijn een aantal zwaktes aan deze studie. Eerst en vooral is de onderzochte populatie te klein om van significante resultaten te spreken. Het is eerder een aftastend onderzoek naar de visie van de patiënten in onze eigen praktijk. Door de kleine onderzoeksgroep konden de verschillende medicatie klassen ook niet afzonderlijk onderzocht worden.

Ten tweede, is er zoals eerder vermeld, bij dit soort onderzoeken ook altijd het probleem van een non-response bias. Het is mogelijk dat we hierdoor een belangrijke doelgroep missen. Er is meestal ook sprake van patiënt en onderzoekers bias. Niet iedereen hanteert dezelfde definities op het gebied van seksuele disfuncties. Onderzoekers gebruiken een andere taal dan patiënten omtrent dit onderwerp, bv. erectiele disfunctie versus impotentie.

Ten derde, is het seksuele functioneren een complex mechanisme dat afhankelijk is van verschillende factoren zoals leeftijd, ziekte, psychosociale situatie, etc. Deze zaken konden niet allemaal in rekenschap worden gebracht vanwege de te kleine populatie. We hebben geen informatie over het seksuele functioneren van de patiënten van voor de start van de medicatie. Ook het gebruik van andere medicatie en comorbiditeit kunnen een rol spelen in het seksuele functioneren.

Dit alles benadrukt de nood aan een uitgebreide studie van hoge kwaliteit die enkel het gebruik van antihypertensiva onderzoekt.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat we een beeld hebben gekregen van de visie van de patiënten in onze groepspraktijk omtrent dit onderwerp. We kunnen hieruit enkele lessen trekken omtrent onze eigen praktijkvoering en onthouden dat we nog actiever moeten informeren over bijwerkingen van nieuwe medicatie. Verder merken we dat de patiënten verlangen dat wij actiever naar hun seksuele leven informeren. Hiermee hopen we in de toekomst de kwaliteit van zorg voor de patiënt te verbeteren.

CONCLUSIE

Deze studie bevestigd het vermoeden dat antihypertensiva een negatief effect kunnen hebben op het seksuele functioneren van de patiënt. Naar ons gevoel kwam dit maar zelden voor in de praktijk, maar in onze groepspraktijk gaf toch 18% aan een verandering te hebben opgemerkt. Bij vrouwen en mannen kwamen we tot hetzelfde resultaat. Mannen hebben meer last van erectiestoornissen, bij vrouwen kwamen meer opwindingsstoornissen en pijnproblemen naar de voorgrond.
Gezien de kleine populatie van deze studie zijn deze resultaten zeker en vast niet te veralgemenen maar dit wijst ons toch op enkele tekortkomingen in onze praktijk. Patiënten vinden dat we nevenwerkingen actiever ter sprake moeten brengen. Ze verwachten dat de huisarts weet welke bijwerkingen voor hen van toepassing zouden kunnen zijn en deze ook meedeelt bij het voorschrijven van nieuwe medicatie. Verder willen ze dat huisartsen actiever informeren naar hun seksuele functioneren. Deze bevindingen werden besproken in de groepspraktijk en zullen in de toekomst actiever worden aangepakt aan de hand van een brochure omtrent hypertensie en de behandeling hiervan. We hopen in de toekomst ook een betere screening naar seksuele disfuncties te kunnen uitwerken. Deze intentie benadrukt nogmaals de nood aan een gestandaardiseerd screeningsinstrument omtrent seksuele disfuncties in de huisartsenpraktijk.

Suggesties :

- Uitgebreid onderzoek naar bijwerkingen van antihypertensiva op het seksuele functioneren.
- Onderzoek naar vrouwelijke seksuele disfuncties.
- Een gestandaardiseerd screeningsinstrument voor seksuele disfuncties in de huisartsenpraktijk.
- Eenduidige definiëring en een classificatiesysteem van seksuele disfuncties in de huisartsensetting.
- Meer aandacht voor seksuologie in de opleiding huisartsgeneeskunde.

REFERENTIES.

1. P. De Cort, T. Christiaens, H. Philips, M. Goossens, P. Van Royen. Domus Medica. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: hypertenise. Huisarts Nu november 2009; 38(9).
2. J. Van Lankveld, M. Ter Kuile, P. Leusink. Seksuele disfuncties. Diagnostiek en behandeling. Bohn Stafleu van Loghum; 2010. p.238.
3. L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck, P. Weijenborg. Seksuologie. Bohn Stafleu van Loghum; Houten 2004. p. 627.
4. M. Luyens en P. Smits. Seksuele problemen bij het vrijen. Garant; 2006. p.157.
5. Consensusvergaderingen – De plaats van geneesmiddelen in de behandeling van arteriële hypertensie. Juryverslag. RIZIV, februari 2001.
6. O. Bogaert. Seksuele problemen in de huisartsenpraktijk: de visie van de Vlaamse huisartsen. Masterproef huisartsgeneeskunde. 2010. Beschikbaar via: http://www.icho-info.be/masterproeven/
7. NHG–standaard. Cardiovasculair risicomanagement. 2012. Beschikbaar via: http://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/cardiovasculair-risicomanagement
8. W. Avenarius, G.J. Beemster et al. Huisarts Advies Groep Seksuele Gezondheid, huisarts-expertgroep SOA, HIV en seksualiteit. Achtergrondinformatie. Beschikbaar via: http://sekshag.nhg.org
9. Nederlandse Vereniging Voor Seksuologie (NVVS). Beschikbaar via: http://www.seksueledisfuncties.nl
10. P.M. Kearny, M. Whelton, K. Reynolds, P.K. Whelton, J. He. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. Journal of Hypertension 2004; 22:11-19.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, tekst revision (4th ed). Washington, DC: APA, 2000.
12. E. Laan. Wanneer is een seksueel probleem een seksuele disfunctie? Problemen bij de classificatie van seksuele stoornissen van vrouwen. Tijdschrift voor Seksuologie, 2003, 27: 62-69
13. S. Palacios, R. Castano, A. Grazziotin. Epidemiology of female sexual dysfunction. Maturitas 2009; 63:119-123.
14. S. Mimoun, K. Wylie. Female sexual dysfunction: definitions and classification. Maturitas 2009; 63: 116-118.
15. R.L. Lewis, K.S. Fugl-Meyer, G. Corona, R.D. Hayes, E.O. Laumann, E.D. Moreira, A.H. Rellini, T. Segraves. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. Journal of Sexual Medicine 2010; 7:1598-1607.
16. R. Mak. Epidemiologie van seksuele disfuncties bij mannen en vrouwen. Tijdschrift voor Geneeskunde 2003; 59 nr3:160-167.
17. H. Kedde, G. Donker, P. Leusink, H. Kruijer. The incidence of sexual dysfunction in patients attending Dutch general practitioners. International Journal of Sexual Health 2011; 23:269-277.
18. M. Clegg, A. Towner, K. Wylie. Should questionnaires of female sexual dysfunction be used in routine clinical practice? Maturitas 2012; 72:160-164.

19. R.C. Rosen, A. Riley, G. Wagner, I.H. Osterloh, J. Kirkpatrick, A. Mishra. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology 1997; 49/822-830.
20. M.M. Ter Kuile, J.D.M. Van Lankveld, P. Kalkhoven. The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS): psychometric properties within an Dutch population. Journal of Seks & Marital Therapy 1999; 25:59-71.
21. M.M Ter Kuile, M. Brauer, E. Laan. De Female Sexual Function Index (FSFI) en de Female Sexual Distress Scale (FSDS): Psychometrische eigenschappen in een Nederlandse populatie. Tijdschrift voor Seksuologie 2009; 33-3:207-222.
22. E.L. Rhoden, C. Teloken, P.R. Sogari, C.A. Vargas Souto. The use of the simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool to study the prevalence of erectile dysfunction. International Journal of Impotence Research 2002; 14:245-250.
23. A. Manolis, M. Doumas. Antihypertensive treatment and sexual dysfunction. Curr Hypertens Rep 2012; 14:285-292.
24. M. Viigimaa, M. Doumas, C. Vlachopoulos, P. Anyfanti, J. Wolf, K. Narkiewicz, G. Mancia. Hypertension and sexual dysfunction: time to act. Journal of Hypertension 2011; 29:403-407.
25. R. Dusing. Sexual dysfunction in male patients with hypertension. Influence of antihypertensive drugs. Drugs 2005; 65(6):773-786.
26. A.G. Papatsoris, P.G. Korantzopoulos. Hypertension, antihypertensive therapy and erectile dysfunction. Angiology 2006; 57(1): 47-52.
27. R.Kloner. Erectile dysfunction and hypertension. International Journal of Impotence Research 2007; 19:296-302.
28. T. Reffelmann, R.A. Kloner. Sexual function in hypertensive patients receiving treatment. Vascular Health and Risk Management 2006; 2(4):447-455.
29. S.J.A. Spence. Problems that patients feel are appropriate to discuss with their GPs. Journal of the Royal Society of Medicine 1992; 85:669-673.
30. U. Brandenburg, J. BItzer. The challenge of talking about seks: the importance of patient-physician interaction. Maturitas 2009; 63:124-127.
31. Farmacotherapeutische Kompas. Beschikbaar via: http://www.fk.cvz.nl

Bijlage 1: Classificatie seksuele disfuncties

1. ICD

ICD-10	
	Stoornissen in het seksueel verlangen
F52.0	Seksuele stoornis met verminderd verlangen
F52.1	Seksuele aversie-stoornis
	Seksuele opwindingsstoornissen
F52.2	Seksuele opwindingsstoornis bij de vrouw
F52.2	Erectiestoornis bij de man
	Orgasmestoornissen
F52.3	Orgasmestoornis bij de vrouw
F52.3	Orgasmestoornis bij de man
F52.4	Voortijdige ejaculatie
	Seksuele-pijnstoornissen
F52.6	Dyspareunie (niet door een somatische aandoening)
F52.5	Vaginisme (niet door een somatische aandoening)
	Seksuele dysfunctie door... [Vermeld de somatische aandoening]
N94.8	Seksuele stoornis met verminderd verlangen bij de vrouw door....
N50.8	Seksuele stoornis met verminderd verlangen bij de man door....
N48.4	Erectiestoornis bij de man door....
N94.1	Dyspareunie bij de vrouw door....
N50.8	Dyspareunie bij de man door....
N94.8	Andere seksuele dysfuncties bij de vrouw door....
N50.8	Andere seksuele dysfuncties bij de man door....
---.--	Seksuele dysfunctie door een middel
N52.9	Seksuele dysfunctie NAO (Niet Anderszins Omschreven)

2. ICPC-9

Seksuologie		Vrouwen		Mannen
Anorgasmie	P08	P08 Seksuele bevrediging verlies/vermindering	PO8	P08 Seksuele bevrediging verlies/vermindering
Dyspareunie	X04	XO4 pijnlijke coitus		
Ejaculatio praecox			PO8	P08.3 Ejaculatio praecox
Erectiele disfunctie			P08	P08.01 Impotentie
			Y07	Sympt/klachten potentie
Focale vulvitis	XO4 X16	X04 Pijnlijke coitus X16 Sympt/klachten vulva		
Libidoverlies/-vermindering	P07		P07	
Seksueel disfunctioneren (angst voor)	X24		Y24	
Vaginisme	P08	PO8.02 Vaginisme		
Verschil in zin in seks tussen partners	Z12	Z12 relatieprobleem met partner	Z12	Z12 relatieprobleem met partner

Bijlage 2: Vragenlijst



Voor het eindexamen van erkend huisarts moet ik een onderzoek doen in de huisartsgeneeskunde. Ik heb gekozen voor een onderwerp waarvan ik hoop dat het ons zal leren hoe we de kwaliteit van ons werk als huisarts hier in de praktijk kunnen verbeteren.

Ik wil nagaan of medicatie voor een hoge bloeddruk invloed heeft op de seksuele beleving en het seksueel functioneren van de patiënten die deze medicatie moet nemen.

Ik wil ook te weten komen of de patiënten vinden dat de huisarts de mogelijke invloed van medicatie op hun seksuele leven zelf ter sprake moet brengen tijdens de consultatie.

U, als patiënt bent voor ons de belangrijkste bron van onze informatie over dit onderwerp. Daarom zouden wij heel graag hebben dat u deze vragenlijst wil invullen. Deze is vanzelfsprekend volledig anoniem.

Indien u sommige aspecten verder wil verduidelijken of indien u bereid bent om in een persoonlijk gesprek verder in te gaan op dit onderwerp, vul dan hieronder uw gegevens in. U zal dan gecontacteerd worden voor een afspraak (die uiteraard niet betaald moet worden).

Uw ingevulde vragenlijst mag u in terug in de grote envelop steken en afgeven via de daartoe bestemde doos in de gang (grote rode doos). Het toestemmingsformulier voor een gesprek mag u in de kleine envelop in de andere doos (kleine gebloemde doos) deponeren.

Hopend op jullie medewerking!

Dr. Evelien De Meyere

Hierbij geef ik toestemming om mij te contacteren voor een eventueel persoonlijk gesprek.

Naam: ……

Voornaam:……

Telefoonnummer: ……

Email:……

Anonieme vragenlijst over bloeddrukmedicatie

Algemene informatie

1. Geslacht Man – Vrouw (schrappen wat niet past)
2. Leeftijd: ……
3. Heeft u momenteel een partnerrelatie ja – neen
4. Bent u seksueel actief? ja – neen
   ……
   ……
5. Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk? ja – neen
   Zo ja, welke? ……
   ……
6. Hebt u zelf een verschil gemerkt in uw seksueel leven
   na de start van deze medicatie? ja – neen
   Zo ja, welke veranderingen?……
   ……
   ……
7. Neemt u nog andere medicatie? ja – neen
   Zo ja, welke?.....
   ……
   ……
   ……
   ……

Medicatie

Hieronder vindt u enkele uitspraken met betrekking tot de medicatie die u neemt.
Bent u het met deze uitspraak(1) helemaal niet mee eens?
(2) eerder niet mee eens?
(3) neutraal?
(4) eerder mee eens?
(5) helemaal mee eens?

Omcirkel uw mening.

1.	Ik vergeet wel eens per ongeluk een pilletje te nemen.	1	2	3	4	5
2.	Ik ben tevreden over mijn medicatie.	1	2	3	4	5
3.	Ik heb last van bijwerkingen van mijn medicatie.	1	2	3	4	5
4.	Hierdoor neem ik soms bewust bepaalde medicatie niet.	1	2	3	4	5

Seksuele relatie.

Hieronder vindt u enkele uitspraken met betrekking tot uw seksuele leven.
Bent u het met deze uitspraak(1) helemaal niet mee eens?
(2) eerder niet mee eens?
(3) neutraal?
(4) eerder mee eens?
(5) helemaal mee eens?

Omcirkel uw mening.

5.	Ik ben tevreden over mijn seksuele relatie.	1	2	3	4	5
6.	Ik ben bezorgd over mijn seksueel leven.	1	2	3	4	5
7.	Mijn libido (zin voor seks) is dezelfde als voor de start van de medicatie.	1	2	3	4	5
8.	Ik raak gemakkelijker opgewonden.	1	2	3	4	5
9.	Ik raak moeilijker opgewonden.	1	2	3	4	5

Indien u een **man** bent beantwoord volgende vragen. Indien u een vrouw bent, ga verder naar vraag 15.
Bent u het met deze uitspraak(1) helemaal niet mee eens?
(2) eerder niet mee eens?
(3) neutraal?
(4) eerder mee eens?
(5) helemaal mee eens?

Omcirkel uw mening.

10.	Ik krijg moeilijker een erectie.	1	2	3	4	5
11.	Mijn erectie is niet meer stijf genoeg.	1	2	3	4	5
12.	Ik kan mijn erectie minder lang behouden.	1	2	3	4	5
13.	Ik kom moeilijker klaar.	1	2	3	4	5
14.	Ik kom sneller klaar.	1	2	3	4	5

Indien u een **vrouw** bent, beantwoord volgende vragen. Indien u een man bent ga terug naar vraag 10.
Bent u het met deze uitspraak(1) helemaal niet mee eens?
(2) eerder niet mee eens?
(3) neutraal?
(4) eerder mee eens?
(5) helemaal mee eens?

Omcirkel uw mening.

15.	Mijn vagina wordt minder vochtig tijdens seks.	1	2	3	4	5
16.	Ik heb vaker pijn bij het vrijen.	1	2	3	4	5
17.	Ik heb vaker pijn na het vrijen.	1	2	3	4	5
18.	Ik kom moeilijker klaar.	1	2	3	4	5

Rol van de huisarts.

Hieronder vindt u enkele uitspraken met betrekking tot de rol van de huisarts.
Bent u het met deze uitspraak(1) helemaal niet mee eens?
(2) eerder niet mee eens?
(3) neutraal?
(4) eerder mee eens?
(5) helemaal mee eens?

Omcirkel uw mening.

19. Ik vind dat mijn huisarts informatie moet geven over de invloed van medicatie op het seksuele leven	1	2	3	4	5
20. Ik vind dat mijn huisarts deze informatie op eigen initiatief moet geven	1	2	3	4	5
21. Ik voel mij ongemakkelijk om seks zelf ter sprake te brengen bij mijn huisarts.	1	2	3	4	5
22. Ik voel mij ongemakkelijk als mijn huisarts seks ter sprake brengt.	1	2	3	4	5

Bedankt voor uw medewerking!

Heb je nog opmerkingen over deze vragenlijst?

……
……
……
……
……

Bijlage 3: Interview

1. Wat vond je van de vragenlijst?

   Is er iets dat je nog zou willen toevoegen?

2. Vind je dat er meer aandacht moet gegeven worden aan seksuele nevenwerkingen?

   Hoe? Arts zelf initiatief – initiatief bij de patiënt

   Welke arts? Taak huisarts – taak cardioloog

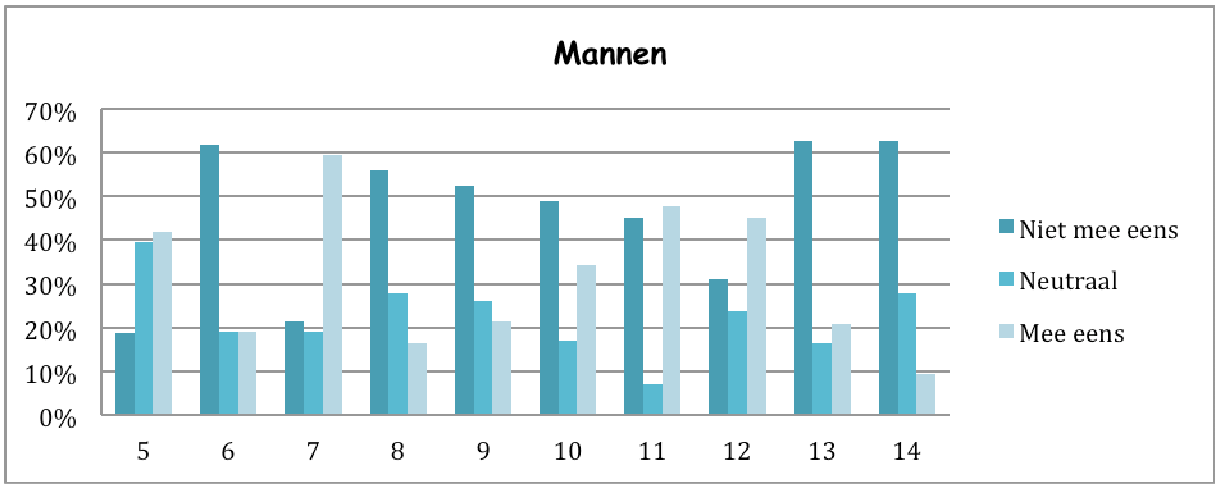
   Hoe actief? Zelf over beginnen – affiche hangen - ….

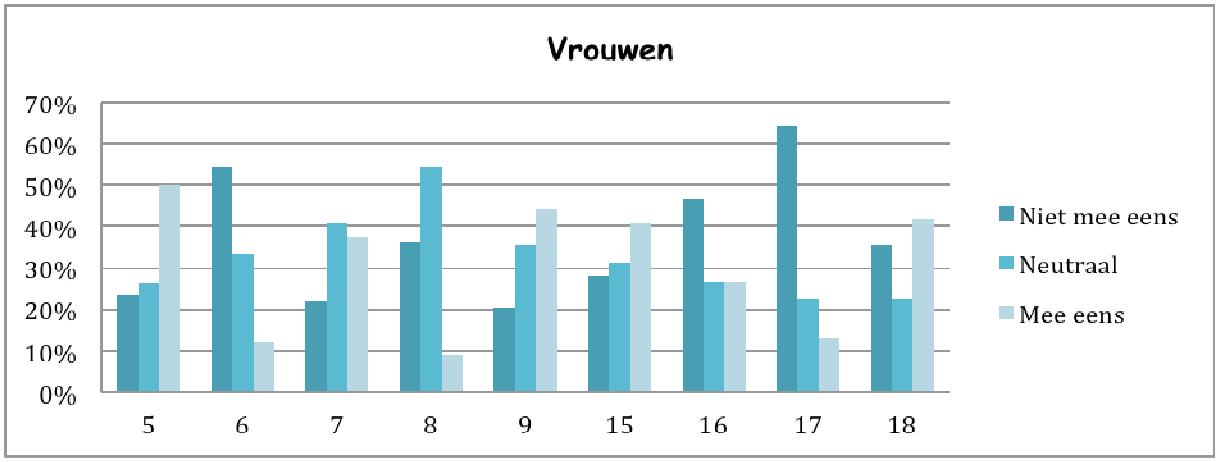
3. Heb je er al eens proberen over praten? Ja – nee

   Hoe verliep dat? Welke reactie?

   Hoe voelde je je daarbij?

Bijlage 4: Antwoorden op de vragenlijst: het seksuele leven van alle 77 ondervraagde patiënten





Legende: Vraag 10 tot en met 14 zijn enkel voor mannen, vraag 15 tot en met 16 zijn enkel voor vrouwen.

5 = Ik ben tevreden over mijn seksuele relatie.
6 = Ik ben bezorgd over mijn seksueel leven.
7 = Mijn libido is dezelfde als voor de start van de medicatie.
8 = Ik raak gemakkelijker opgewonden.
9 = Ik raak moeilijker opgewonden.
10 = Ik krijg moeilijker een erectie.
11 = Mijn erectie is niet meer stijf genoeg.
12 = Ik kan mijn erectie minder lang behouden;
13 = Ik kom moeilijker klaar.
14 = Ik kom sneller klaar.
15 = Mijn vagina wordt minder vochtig tijdens de seks.
16 = Ik heb vaker pijn bij het vrijen.
17 = Ik heb vaker pijn na het vrijen.
18 = Ik kom moeilijker klaar