

Dolegliwości z dolnych dróg moczowych oraz funkcje seksualne u pacjentów z depresją

Lower urinary tract symptoms and sexual functioning in patients with depression

Mikołaj Przydacz¹, Tomasz Golabek¹, Michał Skalski²,
Jerzy A. Sobanski³, Dominik Chorągwicki¹, Katarzyna Klasa³,
Paweł Pyrkosz¹, Dominika Dudek⁴, Piotr Chłosta¹

¹ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Oddział Kliniczny Urologii

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski,
Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych

³ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Katedra Psychoterapii

⁴ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski,
Katedra Psychiatrii i Klinika Psychiatrii Dorosłych

Summary

Aim. A link between sexual functioning and depression has been reported. However, it is still unknown whether lower urinary tract symptoms (LUTS) coexist or correlate with sexual dysfunction (SD) in depressed individuals. Depressed patients represent a unique population because of a possible bidirectional relationship between SD and depression and between LUTS and depression. Thus, the aim of this study was to investigate relationships between depression severity, SD and LUTS for patients with depression.

Material and methods. In this cross-sectional study, we analyzed data on depression, sexual functioning and LUTS from depressed patients who were treated in our department of adult psychiatry. Data were obtained from the *Hamilton Rating Scale for Depression*, the *International Index of Erectile Function (IIEF)*, the *Female Sexual Function Index (FSFI)*, and the *International Prostate Symptom Score (IPSS)*.

Results. We included one hundred two patients diagnosed with, and treated for, depression. The participants reported a high overall prevalence of SD (60.8%), and SD correlated with depression severity. LUTS were also highly prevalent with 86% of the participants reporting at least mild LUTS severity. Despite coexistence of LUTS and SD in multiple patients, we did not find a statistically significant relationship between LUTS and SD in our cohort.

Conclusions. In our exclusive group of individuals diagnosed with, and treated for, depression, depression severity had a negative effect on sexual functioning. Although there was no

statistically significant relationship between LUTS and SD, they coexisted in multiple patients. Therefore, LUTS and SD should still be systematically assessed in patients with depression.

Słowa kluczowe: objawy ze strony dolnych dróg moczowych, seks, depresja

Key words: lower urinary tract symptoms, sex, depression

Wstęp

Zdrowie seksualne, jak i zdolność do doświadczania stanów wolnych od depresji są niezwykle ważne dla ogólnego dobrego funkcjonowania. Liczne badania wykazały związek między dysfunkcjami seksualnymi (*sexual dysfunction* – SD) i depresją, zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet [1]. W połączeniu zaburzenia te mogą nasilać się nawzajem i mieć głęboko negatywny wpływ na życie pacjenta. Wykazano, że do 70% osób z depresją może zgłaszać SD [2]. Chociaż dwukierunkowy związek z depresją jest dobrze udokumentowany, SD u pacjentów z depresją nadal pozostają niedoceniane, niedoszacowane i niedostatecznie leczone [3].

Niedawne badania wykazały, że objawy ze strony dolnych dróg moczowych (*Lower Urinary Tract Symptoms* – LUTS) u pacjentów z depresją mogą być również niedodiagnostowane oraz pomijane bez odpowiedniego leczenia [4]. LUTS mogą prowadzić do izolacji, fobii społecznej, demoralizacji, utraty pewności siebie lub motywacji oraz do niskiej samooceny, ostatecznie znacznie obniżając jakość życia pacjenta [5]. Ponadto istnieje coraz więcej dowodów na to, że związek między LUTS a depresją ma charakter dwukierunkowy [6].

Badania epidemiologiczne wykazały spójne dowody na współistnienie LUTS i SD [7]. W populacji mężczyzn w wieku 50–80 lat ponad 80% jest aktywnych seksualnie, przy ogólnej częstości występowania LUTS wynoszącej prawie 90% oraz ogólnej częstości występowania zaburzeń erekcji (*Erectile Dysfunction* – ED) wynoszącej prawie 50% [8]. Podobne wyniki wykazano u kobiet, u których potwierdzono częste współwystępowanie LUTS i SD [9].

Pacjenci z depresją stanowią wyjątkową populację ze względu na możliwy dwukierunkowy związek między SD a depresją, a także między LUTS a depresją. Jednakże nadal nie wiadomo, czy LUTS i SD współistnieją lub korelują u pacjentów z depresją. Większość badań oceniających związku między LUTS i SD dotyczyła tylko populacji ogólnej (tj. osób zdrowych psychicznie bez diagnozy depresji lub innych zaburzeń psychicznych) [7]. Do tej pory złożony związek między depresją, SD i LUTS u pacjentów z rzetelnie zdiagnozowaną i leczoną depresją nie był badany. Dane te są niezbędne, aby zapewnić pełniejsze zrozumienie opieki medycznej i opieki zintegrowanej, której tacy pacjenci potrzebują. W związku z tym celem opisywanego w artykule badania była analiza współistnienia i współzależności między depresją, SD i LUTS w kohorcie pacjentów ze zdiagnozowaną depresją. Postawiono hipotezę, że pacjenci z depresją, którzy zgłaszają SD, również często zgłaszają LUTS.

Material i metody

Było to przekrojowe, jednośrodkowe badanie, zatwierdzone przez Komisję Bioetyczną Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (KBET/266/B/2013). Od pacjentów uzyskano pisemną świadomą zgodę na udział w badaniu, do którego zaproszono dorosłych pacjentów ze zdiagnozowaną i leczoną depresją, leczonych zarówno w ambulatorium, jak i w oddziale psychiatrii dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2014–2015. Przeanalizowano dane kwestionariuszowe dotyczące stopnia nasilenia depresji, SD i LUTS. Wszyscy włączeni pacjenci spełnili kryteria depresji według DSM-5, i ICD-10, a psychiatrzy w każdym przypadku potwierdzili diagnozę. Z historii medycznych chorych uzyskano dane demograficzne. Zmienne obejmowały: wiek, płeć, wykształcenie, status zatrudnienia, status związku, niedawne hospitalizacje z powodu depresji, rodzinny wywiad depresji oraz stosowane leki przeciwdepresyjne.

Narzędzia

Skala oceny depresji Hamiltona

Skala oceny depresji Hamiltona (The Hamilton Rating Scale for Depression – HRSD) została użyta do ustalenia stopnia nasilenia objawów depresji [10]. Powszechnie udowodniono przydatność tego narzędzia do oceny obciążenia objawowego. HRSD składa się z siedemnastu pytań o łącznej punktacji od 0 do 54. W niniejszym badaniu chorych sklasyfikowano jako będących: w fazie remisji – bez depresji (0–7), z łagodną depresją (8–16), z umiarkowaną depresją (17–23) oraz z ciężką depresją (≥ 24). Kwestionariusze HRSD były wypełniane przez lekarzy psychiatrów.

Międzynarodowy Indeks Funkcji Seksualnych Mężczyzn

Międzynarodowy Indeks Funkcji Seksualnych Mężczyzn (International Index of Erectile Function – IIEF) to wielowymiarowa skala używana do oceny zaburzeń erekcji [11]. Jest to krótka, niezawodna, samodzielna metoda pomiaru funkcji erekcyjnej, międzykulturowo ważna i akceptowalna, z odpowiednią czułością i swoistością do wykrywania również zmian zachodzących u pacjentów w trakcie leczenia zaburzeń erekcji. IIEF składa się z piętnastu pytań o łącznej ocenie między 5 a 75. Pytania badają pięć głównych dziedzin męskiej funkcji seksualnej, w tym funkcję erekcyjną (EF), satysfakcję ze stosunku płciowego (IS), funkcję orgazmu (OF), pożądanie seksualne (SDe) oraz ogólną satysfakcję (OS). Wyniki różnych domen IIEF-15 są obliczane przez zsumowanie wyników poszczególnych pytań reprezentujących domenę; niższy wynik oznacza większe nasilenie objawów. Całkowity wynik składa się z wyników wszystkich domen. Łączne wyniki od 1 do 5 punktów w domenie EF wskazują, że w ciągu ostatnich 4 tygodni miała miejsce mała aktywność seksualna, w związku z czym w takich przypadkach nie można zdiagnozować ED na podstawie IIEF-15. W przypadku IIEF-15, ED zdefiniowano jako wynik ≤ 25 punktów w dziedzinie funkcji

erekcyjnej [12]. Nasilenie ED można dalej podzielić na pięć kategorii: brak ED (ocena EF 26–30), łagodna (ocena EF 22–25), łagodna do umiarkowanej (ocena EF 17–21), umiarkowana (ocena EF 11–16) i ciężka (wynik EF 6 do 10) [12]. Nie ma zgodności co do punktów odciążenia dla normalnych wartości w innych domenach (tj. IS, OF, SDe, OS). Częstotliwość odbywanych stosunków można oszacować za pomocą pytania nr 6 z kwestionariusza IIEF-15. Zaproponowano sklasyfikowanie pacjentów jako: bez stosunku, stosunek <1 x/tydzień, stosunek >1 x/tydzień [13].

Indeks Funkcji Seksualnych Kobiet

Indeks Funkcji Seksualnych Kobiet (Female Sexual Function Index – FSFI), krótkie, wielowymiarowe narzędzie samooceny, jest szeroko stosowaną miarą funkcjonowania seksualnego kobiet [14]. Wykazano, że FSFI niezawodnie rozróżnia kobiety z SD i bez SD w każdej z sześciu następujących dziedzin: pożądanie, pobudzenie, nawilżenie, orgazm, satysfakcja oraz ból [15]. FSFI składa się z dziewiętnastu pytań o łącznym zakresie punktacji od 4 do 95, a niskie wyniki wskazują na niższy poziom funkcjonowania seksualnego [14]. Wyniki różnych domen FSFI są obliczane przez zsumowanie wyników pytań reprezentujących domenę. Całkowity wynik składa się z wyników wszystkich domen. Analiza klinicznych punktów odciążenia wykazała, że próg ≤ 26 jest wiarygodny do identyfikacji kobiet z SD [16].

Międzynarodowy Wskaźnik Objawów Towarzyszących Chorobom Prostaty

Do oceny nasilenia LUTS zastosowano *Międzynarodowy Wskaźnik Objawów Towarzyszących Chorobom Prostaty (The International Prostate Symptom Score – IPSS)*. Zawiera on siedem pytań dotyczących dolegliwości związanych z oddawaniem moczu i jedno pytanie o jakość życia. Ze względu na swoją prostotę oraz wszechstronność i wiarygodność w ocenie nasilenia LUTS wskaźnik IPSS jest również stosowany u kobiet. Skala IPSS służyła jako instrument referencyjny w badaniach związku LUTS i objawów depresyjnych w populacji ogólnej [17–19] oraz związku między LUTS a nasileniem depresji u pacjentów z klinicznie zdiagnozowaną depresją lub zaburzeniami nerwicowymi [20, 21]. Całkowity wynik IPSS wynosi od 0 do 35 punktów. Ostateczny wynik dzieli się na cztery kategorie nasilenia: brak objawów (0), łagodne (1–7), umiarkowane (8–19) i ciężkie (20–35) objawy. IPSS został zaprojektowany do samodzielnego wypełniania przez pacjenta.

Statystyka

Średnie, odchylenia standardowe, mediany, wartości minimalne i maksymalne (zakres) oraz 95% przedziały ufności (CI) zastosowano do przedstawienia wyników opisowych dla danych ciągłych oraz zliczeń i wartości procentowych dla danych dyskretnych. Test Shapiro–Wilka wykorzystano do analizy rozkładu, a test Levena (Brown–Forsythe) do zbadania hipotezy o równych wariancjach. Aby ocenić różnice między dwiema grupami, wykorzystano test *t*-Studenta (albo test Welcha przy braku jednorodności wariancji)

lub test *U* Manna–Whitneya (jeśli nie można było użyć testu *t*-Studenta lub zmiennych mierzonych w skali porządkowej). Do zmiennych jakościowych zastosowano test niezależności Chi-kwadrat (z poprawką Yatesa dla grupy mniejszej niż 10, weryfikacja warunków Cochran, dokładny test Fishera). Istotność statystyczną brano pod uwagę, gdy wartość *p* wynosiła < 0,05. Analiza danych została przeprowadzona za pomocą oprogramowania STATISTICA (StatSoft Inc, 2014, wersja 12.0).

Wyniki

Dane demograficzne i kliniczne

Ostatecznie do badania włączono 106 uczestników, przy czym 4 pacjentów zostało wykluczonych z powodu niekompletnych kwestionariuszy, pozostały więc 102 osoby do analizy. Średni wiek kohorty wynosił 46,1 roku (zakres 20–67 lat). Było więcej kobiet niż mężczyzn. Większość pacjentów była zatrudniona, posiadała wyższe wykształcenie i pozostawała w stałym związku (tab. 1).

Tabela 1. Dane demograficzne pacjentów włączonych do badania

Specyfikacja	Suma, n (%)
Liczba włączonych pacjentów	102 (100%)
Płeć	
Mężczyźni	42
Kobiety	60
Wykształcenie	
Podstawowe	3
Średnie (również studenci)	45
Wyższe	54
Status zatrudnienia	
Zatrudniony	55
Bezrobotny	13
Emeryci	30
Studenci	4
Status związku	
Stabilny związek/małżeństwo	73
Niestabilny związek/małżeństwo	12
Samotny	17

W analizowanej kohorcie średni czas między rozpoznaniem depresji a włączeniem do badania wynosił 10,7 roku. Średnia liczba hospitalizacji związanych z depresją wyniosła 2,4 (zakres 0–20). Rodzinną historię depresji stwierdzono u 31 osób. Badana

grupa była leczona głównie selektywnymi inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny i inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (tab. 2). Niektórzy uczestnicy mieli współtowarzyszące zaburzenia lękowe ($n = 19$), osobowości ($n = 4$), obsesyjno-kompulsywne ($n = 3$) oraz odżywiania ($n = 3$). Wszyscy pacjenci spełnili określone kryteria ICD-10 dla ich specyficznych współistniejących zaburzeń.

Tabela 2. Leki przyjmowane przez pacjentów włączonych do badania

Leki	Liczba pacjentów
Przeciwdepresyjne	
SNRIs	47
SSRIs	46
TCAs	23
NaSSAs	21
SARIs	21
Lit	14
Inne leki przeciwdepresyjne*	10
Przeciwpadaczkowe	
Walproinian	23
Lamotrygina	16
Karbamazepina	10
Neuroleptyki pierwszej generacji	
Fenotiazyny	35
Tioksanteny	13
Butyrofenony	6
Neuroleptyki drugiej generacji	
Kwetiapina	24
Sulpiryd	16
Olanzapina	14
Aripiprazol	8
Inne neuroleptyki	6
Leki uspokajające	
Benzodiazepiny	33
Hydroxyzyna	10
Buspiron	3

SNRIs – inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny; SSRIs – selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny; TCAs (TLPD) – trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne; NaSSAs

– noradrenergiczne i specyficzne serotoninerгіczne leki przeciwdepresyjne; SARIs – antagoniści serotoniny i inhibitory wychwyty zwrotnego

* inne leki przeciwdepresyjne – tianeptyna, norepinefryna i inhibitory wychwyty zwrotnego dopaminy (NDRI), inhibitory wychwyty zwrotnego norepinefryny (NRI), odwracalny inhibitor monoaminooksydazy (RIMA), agomelatyna; inne neuroleptyki – risperidon, klozapina, amisulpryd.

Wyniki uzyskane na podstawie zastosowanych narzędzi

Średni wynik kwestionariusza HRSD w niniejszym badaniu wyniósł 15,9 (zakres 1–32) i większość z włączonych do niego pacjentów doświadczyła łagodnej depresji ($n = 37$), a następnie kolejno umiarkowanej depresji ($n = 29$), ciężkiej depresji ($n = 20$) lub była w remisji ($n = 16$).

Średni wynik kwestionariusza IIEF-15 wynosił 42,4 (zakres 5–74). U 6 pacjentów (14% mężczyzn) wynik w domenie EF wynosił ≤ 5 punktów. Próg diagnostyczny ED z IIEF-15 (tj. $6 \leq$ wynik ≤ 25 punktów) został osiągnięty przez 30 pacjentów (71% mężczyzn). Łagodna ED została odnotowana u 14 pacjentów, łagodna do umiarkowanej ED u 6 pacjentów, umiarkowana ED u 7 pacjentów, a ciężka ED u 3 pacjentów. Analizując częstotliwość odbywanych stosunków seksualnych w ciągu ostatnich 4 tygodni, ustalono, że 9 pacjentów (21% mężczyzn) nie odbyło stosunku, 17 pacjentów (41% mężczyzn) miało mniej niż jeden stosunek tygodniowo, a 16 (38% mężczyzn) więcej niż jeden stosunek tygodniowo.

Średni wynik kwestionariusza FSFI wynosił 28,8 (zakres 4–92). Trzydzieści dwie na sześćdziesiąt kobiet (53%) osiągnęły próg diagnostyczny SD z FSFI (tj. wynik ≤ 26 punktów).

Średni wynik z *Międzynarodowego Wskaźnika Objawów Towarzyszących Chorobom Prostaty* (IPSS) wynosił 8,1 (zakres 0–35). Pacjentów sklasyfikowano jako bezobjawowych ($n = 14$), z łagodnymi ($n = 56$), umiarkowanymi ($n = 24$) i ciężkimi ($n = 8$) objawami. Wśród mężczyzn z ED (tj. IIEF-15 6–25 punktów) nie było pacjentów bezobjawowych w odniesieniu do LUTS, a 17 z 30 (56,7%) mężczyzn miało przynajmniej umiarkowane LUTS. Wśród kobiet z SD także nie było żadnych pacjentek wolnych od LUTS, a 15 (47%) zgłosiło co najmniej umiarkowane LUTS.

Współzależności

U badanych pacjentów stwierdzono istotne zależności między stopniem nasilenia depresji a SD (tab. 3). Wśród mężczyzn grupa pacjentów z umiarkowaną lub ciężką depresją miała znacznie wyższe ryzyko zaburzeń erekcji niż grupa pacjentów z łagodną depresją lub w trakcie remisji ($p = 0,008$). Ponadto mężczyźni z umiarkowaną lub ciężką depresją mieli niższe sumaryczne wyniki z kwestionariusza IIEF-15 niż pacjenci w trakcie remisji lub z łagodną depresją ($p = 0,0004$). W grupie kobiet pacjentki z umiarkowaną lub ciężką depresją również miały znacznie niższe sumaryczne wyniki kwestionariusza FSFI niż pacjentki z łagodną depresją lub w remisji ($p = 0,014$). Pomimo iż mężczyźni z depresją i umiarkowanymi lub ciężkimi LUTS mieli większe ryzyko ED i niższe sumaryczne wyniki z kwestionariusza IIEF-15 niż

mężczyźni z depresją i łagodnymi LUTS lub bez LUTS, te zależności nie były istotne statystycznie (tab. 4). Podobnie u kobiet pod względem funkcjonowania seksualnego nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy między osobami z umiarkowanymi/ciężkimi LUTS i łagodnymi LUTS/bez LUTS.

Tabela 3. Charakterystyka porównawcza pacjentów bez depresji lub z łagodną depresją (wynik w skali HRSD 0–16, grupa A) oraz pacjentów z umiarkowaną lub ciężką depresją (wynik w skali HRSD \geq 17, grupa B) pod względem funkcjonowania seksualnego mężczyzn i kobiet

	Grupa A	Grupa B	P
Mężczyźni			
IIEF			0,0004 ¹
Średnia (odchylenie standardowe)	49,5 (15,4)	33,4 (12,7)	
Zakres	9,0–64,0	5,0–54,0	
Mediana	54,5	34,2	
EF			0,0008 ¹
Średnia (odchylenie standardowe)	21,4 (7,5)	16,6 (7,3)	
Zakres	2,0–32,0	1,0–28,0	
Mediana	24,5	17,9	
Kobiety			
FSFI			0,014 ¹
Średnia (odchylenie standardowe)	34,8 (32,0)	21,2 (15,3)	
Zakres	4,0–92,0	2,0–71,0	
Mediana	15,0	9,5	

¹ Test U Manna–Whitneya

IIEF – Międzynarodowy Indeks Funkcji Seksualnych Mężczyzn; EF – wskaźnik funkcji erekcyjnej z kwestionariusza IIEF; FSFI – Indeks Funkcji Seksualnych Kobiet

Tabela 4. Charakterystyka porównawcza pacjentów bez LUTS lub z łagodnymi LUTS (wynik IPSS 0–7, grupa A) oraz pacjentów z umiarkowanymi lub ciężkimi LUTS (wynik IPSS \geq 8, grupa B) pod względem funkcjonowania seksualnego mężczyzn i kobiet

	Grupa A	Grupa B	P
Mężczyźni			
IIEF			0,27461 ¹
Średnia (odchylenie standardowe)	44,6 (18,6)	39,2 (17,1)	
Zakres	5,0–74,0	7,0–63,0	
Mediana	49,8	41,5	
EF			0,1909 ¹

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Średnia (odchylenie standardowe)	21,5 (10,0)	19,0 (8,2)	
Zakres	1,0–34,0	1,0–28,0	
Mediana	25,0	21,5	
Kobiety			
FSFI			0,3851 ¹
Średnia (odchylenie standardowe)	31,9 (29,5)	34,2 (26,4)	
Zakres	2,0–92,0	5,0–81,0	
Mediana	17,0	25,0	

¹ Test U Manna–Whitneya

IIEF – Międzynarodowy Indeks Funkcji Seksualnych Mężczyzn; EF – wskaźnik funkcji erekcyjnej z kwestionariusza IIEF; FSFI – Indeks Funkcji Seksualnych Kobiet

Dyskusja

Istotna klinicznie depresja jest główną przyczyną globalnego obciążenia chorobami i często wiąże się z SD zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Szacuje się, że osoby z depresją mają o 50% do 70% zwiększone ryzyko rozwoju SD, a osoby z SD mają o 130% do 210% zwiększone ryzyko rozwoju depresji [1]. W badanej kohorcie stopień nasilenia depresji i SD korelowały ze sobą. Stwierdzono, że i mężczyźni, i kobiety z umiarkowaną lub ciężką depresją mieli gorsze wskaźniki funkcjonowania seksualnego w porównaniu z osobami w remisji lub z łagodną depresją. Warto zauważyć, że nasze badanie było pierwszym, w którym przeanalizowano współistnienie LUTS i SD w wyjątkowej populacji pacjentów, u których wiarygodnie zdiagnozowano i leczono depresję. Chociaż w analizowanej kohorcie nie znaleziono istotnych statystycznie korelacji między LUTS i SD, wykazano, że LUTS i SD często współistniały, dlatego uzyskane wyniki nadal promują multidyscyplinarne leczenie pacjentów z depresją, które powinno obejmować ścisłą współpracę psychiatrów i urologów. Może to również skłaniać do rozważenia ponownej oceny aktualnych zaleceń dotyczących rozpoznawania i leczenia SD u pacjentów z depresją [22]. Pacjenci z depresją, zwłaszcza ci zgłaszający SD, powinni być dokładnie badani pod kątem LUTS. Kompleksowe postępowanie z tą konkretną grupą pacjentów powinno być priorytetem i punktem wyjścia do współpracy różnych specjalistów.

Obecnie zaleca się, aby SD oceniać za pomocą standaryzowanych skal przedstawianych pacjentowi, zamiast polegać na spontanicznym zgłaszaniu objawów lub pytaniach otwartych, które mogą być różnie interpretowane przez różnych pacjentów [23]. Dlatego też wykorzystanie zwalidowanych skal do oceny nie tylko SD, ale też stopnia nasilenia depresji i LUTS jest mocną stroną tego badania. Zmniejszyło to możliwość zarówno niedoszacowania, jak i przeszacowania zgłaszanych objawów urologicznych i psychiatrycznych, a także objawów dotyczących funkcjonowania seksualnego. Uzyskanie wiarygodnych wyników umożliwiła kompozycja czterech

różnych kwestionariuszy, w tym dwóch niezależnych, specyficznych dla płci narzędzi do oceny funkcjonowania seksualnego.

Kolejnym atutem naszego badania była jednorodna grupa pacjentów – wszyscy spełniali kryteria DSM-5 i ICD-10 depresji. We wszystkich przypadkach diagnoza została potwierdzona przez psychiatrów oraz wszyscy uwzględnieni pacjenci byli leczeni z powodu depresji. Wyniki niniejszego badania jednoznacznie wykazały współistnienie SD i LUTS w tej konkretnej grupie pacjentów.

W literaturze przedmiotu opisano związek między SD i LUTS. Kilka badań populacyjnych w różnych regionach geograficznych dostarczyło dowodów na niezależny od wieku związek między LUTS a ED [24]. W rezultacie aktualne zalecenia zachęcają lekarzy do oceny zaburzeń erekcji u mężczyzn z LUTS, a także do oceny LUTS u mężczyzn z zaburzeniami erekcji [24]. Podobnie współistnienie SD i LUTS udowodniono u kobiet, dlatego również sugeruje się ocenę funkcji seksualnych u kobiet zgłaszających LUTS [9]. Mimo to wśród pracowników opieki zdrowotnej nadal istnieje opór przed wspólnym omawianiem SD i LUTS, a często chorzy, którzy nie zostaną bezpośrednio zapytani, nie zgłaszają problemów z funkcjonowaniem seksualnym [25]. W związku z tym, że lekarze psychiatry mogą mieć ograniczone postrzeżenie LUTS u swoich pacjentów [4], nasze badanie podkreśla znaczenie oceny LUTS w rutynowej praktyce klinicznej lekarzy opiekujących się pacjentami z depresją oraz z współistniejącymi SD. W dalszym ciągu mamy bardzo niewiele dowodów na powiązania LUTS i SD u pacjentów z depresją, dlatego wciąż istnieje wiele wyzwań w złożonym procesie leczenia tych chorych.

Należy wziąć pod uwagę kilka wspólnych patologicznych szlaków między depresją, SD i LUTS. Po pierwsze, hipogonadyzm z niskim poziomem testosteronu może naśladować objawy depresji oraz wiązać się z gorszym funkcjonowaniem seksualnym [26, 27]. Hipogonadyzm z niskim poziomem testosteronu również przyczynia się do manifestacji LUTS [28]. Wykazano ponadto, że u kobiet obniżony poziom estrogenów jest ważnym czynnikiem w progresji LUTS, SD i objawów depresji [29]. Utrata libido jest także klasycznym objawem ciężkiej depresji i odgrywa znaczącą rolę w psychodynamicznych i innych psychologicznych prezentacjach choroby depresyjnej. Przeglądy systematyczne wykazują, że niskie libido występuje nawet u 75% pacjentów z depresją i jest wynikiem braku równowagi hormonalnej [30]. Ten ogólny brak homeostazy hormonalnej upośledza funkcjonowanie zarówno układu moczowego, jak i płciowego. Co więcej, istnieje stosunkowo wiele dowodów na negatywny wpływ leków przeciwdepresyjnych na funkcjonowanie seksualne [3]. W niniejszym badaniu nie stwierdzono widocznych korzyści ani wad stosowania jakiegokolwiek konkretnego leku przeciwdepresyjnego. Możemy przypuszczać, że nasza analiza była ograniczona przez stosunkowo małą liczbę pacjentów, którzy nie stosowali leków, oraz przez brak grupy porównawczej, tj. pacjentów bez depresji (grupa placebo). Podobne wyniki uzyskano w innych badaniach [31]. Wpływ leków przeciwdepresyjnych na LUTS nadal pozostaje przedmiotem dyskusji i tylko pojedyncze badania, głównie opisy pojedynczych przypadków, potwierdziły pozytywne powiązania między LUTS a lekami przeciwdepresyjnymi [32]. Wreszcie hipoteza, że LUTS, SD i depresja mają wspólną patogenezę neurochemiczną, może częściowo wyjaśniać omawianą w tym

badaniu zależność. Zmienione stężenia serotoniny i norepinefryny w ośrodkowym układzie nerwowym oraz zwiększona aktywność adrenergiczna z upośledzeniem osi podwzgórze–przysadka mogą również wpływać na związek między LUTS, SD i stopniem nasilenia depresji/objawów depresji [6].

Nasze badanie nie jest wolne od ograniczeń. Jesteśmy świadomi, że oceniani pacjenci reprezentowali wysoce wyselekcjonowaną kohortę leczoną w jednym, zapewniającym opiekę dużej liczbie pacjentów ośrodka akademickim, w związku z tym być może nie da się w pełni przenieść jego wyników do rutynowej praktyki klinicznej u wszystkich pacjentów leczonych z powodu depresji. W analizie wzięto pod uwagę przede wszystkim sumaryczne wyniki użytych kwestionariuszy, które reprezentują ogólne zaburzenie seksualne. Podjęto również próby wykonania analiz statystycznych dla poszczególnych domen wykorzystanych kwestionariuszy różnicujących konkretne zaburzenia seksualne. Autorzy nie byli jednak w stanie zidentyfikować spójnych zależności między określonymi typami SD. Chociaż wielkość badanej próby była dostatecznie duża, aby przeprowadzić analizę statystyczną, być może w badaniu brakowało odpowiedniej mocy dla specyficznych i szczegółowych analiz. Podobnie jest możliwe, że przy większej liczebności próby można by było znaleźć istotne statystycznie powiązania między LUTS i SD.

Wnioski

Opisywane badanie wykazało współistnienie LUTS i SD u pacjentów z depresją. SD i LUTS były obecne u znacznego odsetka pacjentów z rozpoznaną i leczoną depresją. Nawet bez istotnych statystycznie zależności między LUTS i SD lekarze specjaliści opiekujący się pacjentami z depresją powinni nadal przeprowadzać badania przesiewowe zarówno pod kątem SD, jak i LUTS ze względu na współwystępowanie tych dwóch schorzeń. Badanie to powinno poprawić opiekę skoordynowaną u chorych z rozpoznaną depresją.

Deklaracje

Finansowanie: badanie nie było sponsorowane.

Konflikt interesów: autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Atlantis E, Sullivan T. *Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis*. J. Sex. Med. 2012; 9(6): 1497–1507.
2. Laurent SM, Simons AD. *Sexual dysfunction in depression and anxiety: Conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension*. Clin. Psychol. Rev. 2009; 29(7): 573–585.
3. Chokka PR, Hankey JR. *Assessment and management of sexual dysfunction in the context of depression*. Ther. Adv. Psychopharmacol. 2018; 8(1): 13–23.
4. Przydacz M, Golabek T, Sobanski JA, Jaworska K, Skalski M, Swierkosz A i wsp. *Perception of Lower Urinary Tract Symptoms by psychiatrists in mentally affected patients*. Psychiatr. Pol. 2017; 51(5): 963–978.

5. Breyer BN, Kenfield SA, Blaschko SD, Erickson BA. *The association of lower urinary tract symptoms, depression and suicidal ideation: Data from the 2005–2006 and 2007–2008 National Health and Nutrition Examination Survey*. J. Urol. 2014; 191(5): 1333–1339.
6. Golabek T, Skalski M, Przydacz M, Swierkosz A, Siwek M, Golabek K i wsp. *Lower urinary tract symptoms, nocturia and overactive bladder in patients with depression and anxiety*. Psychiatr Pol. 2016; 50(2): 417–430.
7. European Association of Urology (EAU), Non-Oncology Guidelines. *Male Sexual Dysfunction*; 2019. <https://uroweb.org/guideline/male-sexual-dysfunction> (dostęp: 1.01.2021).
8. Seftel AD, Rosette de la J, Birt J, Porter V, Zarotsky V, Viktrup L. *Coexisting lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction: A systematic review of epidemiological data*. Int. J. Clin. Pract. 2013; 67(1): 3–45.
9. Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Dehò F, Fabbri F i wsp. *Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: Results of a cross-sectional study*. Eur. Urol. 2004; 45(5): 642–648 (discussion: 648).
10. Zimmerman M, Martinez JH, Young D, Chelminski I, Dalrymple K. *Severity classification on the Hamilton Depression Rating Scale*. J. Affect. Disord. 2013; 150(2): 384–388.
11. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. *The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction*. Urology 1997; 49(6): 822–830.
12. Cappelleri JC, Rosen RC, Smith MD, Mishra A, Osterloh IH. *Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International Index of Erectile Function*. Urology 1999; 54(2): 346–351.
13. Rynja S, Bosch R, Kok E, Wouters G, Kort de L. *IIEF-15: Unsuitable for assessing erectile function of young men?* J. Sex. Med. 2010; 7(8): 2825–2830.
14. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R i wsp. *The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function*. J. Sex. Marital Ther. 2000; 26(2): 191–208.
15. Meston CM. *Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder*. J. Sex. Marital Ther. 2003; 29(1): 39–46.
16. Wiegel M, Meston C, Rosen R. *The female sexual function index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores*. J. Sex. Marital Ther. 2005; 31(1): 1–20.
17. Rom M, Schatzl G, Swietek N, Rücklinger E, Kratzik C. *Lower urinary tract symptoms and depression*. BJU Int. 2012; 110(11c): E918–921.
18. Kupelian V, Rosen RC, Link CL, McVary KT, Aiyer LP, Mollon P i wsp. *Association of urological symptoms and chronic illness in men and women: Contributions of symptom severity and duration – Results from the BACH Survey*. J. Urol. 2009; 181(2): 694–700.
19. Choi EPH, Lam CLK, Chin WY. *Mental health mediating the relationship between symptom severity and health-related quality of life in patients with lower urinary tract symptoms*. Low Urin. Tract Symptoms 2016; 8(3): 141–149.
20. Skalski M, Przydacz M, Sobanski JA, Cyranka K, Klasa K, Datka W i wsp. *Coexistence of lower urinary tract symptoms (LUTS) with depressive symptoms in patients suffering from depressive disorders*. Psychiatr. Pol. 2019; 53(4): 939–953.
21. Skalski M, Sobanski JA, Golabek T, Swierkosz A, Klasa K, Przydacz M i wsp. *Associations of selected lower urinary tract symptoms with biographical context in patients of a day hospital for neurotic disorders*. Psychiatr. Pol. 2016; 50(6): 1207–1234.

22. Montejo AL, Montejo L, Baldwin DS. *The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management*. World Psychiatry 2018; 17(1): 3–11.
23. Baldwin DS. *Depression and sexual dysfunction*. Br. Med. Bull. 2001; 57(1): 81–99.
24. De Nunzio C, Roehrborn CG, Andersson KE, McVary KT. *Erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms*. Eur. Urol. Focus. 2017; 3(4–5): 352–363.
25. Rantell A, Apostolidis A, Anding R, Kirschner-Hermanns R, Cardozo L. *How does lower urinary tract dysfunction affect sexual function in men and women? ICI-RS 2015-Part 1*. Neurourol. Urodyn. 2017; 36(4): 949–952.
26. Tan HM, Tong SF, Ho CC. *Men's health: Sexual dysfunction, physical, and psychological health – Is there a link?* J. Sex. Med. 2012; 9(3): 663–671.
27. Pastuszek AW, Badhiwala N, Lipshultz LI, Khera M. *Depression is correlated with the psychological and physical aspects of sexual dysfunction in men*. Int. J. Impot. Res. 2013; 25(5): 194–199.
28. Calogero AE, Burgio G, Condorelli RA, Cannarella R, La Vignera S. *Epidemiology and risk factors of lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia and erectile dysfunction*. Aging Male 2019; 22(1): 12–19.
29. Seidman SN, Roose SP. *Sexual dysfunction and depression*. Curr. Psychiatry Rep. 2001; 3(3): 202–208.
30. Nofzinger EA, Thase ME, Reynolds CF 3rd, Frank E, Jennings JR, Garamoni GL i wsp. *Sexual function in depressed men. Assessment by self-report, behavioral, and nocturnal penile tumescence measures before and after treatment with cognitive behavior therapy*. Arch. Gen. Psychiatry 1993; 50(1): 24–30.
31. Cohen S, Kühn KU, Bender S, Erfurth A, Gastpar M, Murafi A i wsp. *Sexual impairment in psychiatric inpatients: Focus on depression*. Pharmacopsychiatry 2007; 40(2): 58–63.
32. Dane KE, Gatewood SB, Peron EP. *Antidepressant use and incident urinary incontinence: A literature review*. Consult. Pharm. 2016; 31(3): 151–160.

Adres: Mikołaj Przydacz
Oddział Kliniczny Urologii
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
31-531 Kraków, ul. Grzegórzecka 18
e-mail: mikołaj.przydacz@yahoo.com

Otrzymano: 31.08.2020
Zrecenzowano: 4.10.2020
Otrzymano po poprawie: 12.10.2020
Przyjęto do druku: 19.12.2020