

# Hyperprolaktinæmi som årsag til nedsat sexlyst hos mænd

Mette Thing Baltzar<sup>1</sup>, Christian Anholm<sup>2</sup> & Christina Damsted Petersen<sup>3</sup>

Forstyrrelse i den seksuelle lyst defineres som: nedsat eller manglende seksualinteresse eller -lyst, fravær af seksuelle tanker eller fantasier og mangel på responderende lyst [1].

Sexologisk Klinik (SK), Psykiatrisk Center København, Rigshospitalet, modtager årligt ca. 75 henviste patienter med diagnosen, heraf er en tredjedel mænd.

Diagnosen stilles på baggrund af selvrapporing, der faciliteres af lægens opmærksomhed og erfaring med at screene patienters seksuelle trivsel.

Screening omfatter en grundig sexologisk, medicinsk og psykosocial anamnese. I internationale, kliniske retningslinjer anbefaler man en somatisk undersøgelse inklusive blodprøver [2, 3].

Ved udredning for en seksuel dysfunktion søger man ætiologisk at udelukke mulig medicinsk eller anden patofysiologisk, herunder konstitutionel og udviklingsmæssig, årsag, før man gør sig overvejelser om psykologisk eller adfærdsmæssig behandling. Alder, livsstil samt tidligere og nuværende psykiske tilstande tages også i betragtning.

Hvis mulige organiske tiltag kan ekskluderes, koncentrerer den videre udredning og behandling om patientens aktuelle parsituation og relationer, og behandlingen vil tage udgangspunkt i samlivsterapi.

## SYGEHISTORIE

En 45-årig mand der gennem tre år i tiltagende grad til egen og partnerens undren og savn havde mistet den spontane seksuelle lyst og aldrig tænkte på at få lyst, blev henvist til SK.

Patienten var ophørt med selvstimulation og havde i samme periode haft coitus to gange. Patienten var gift, havde fire børn, hus, godt familie- og socialnetværk og arbejde som mellemlider i byggebranchen. Han havde ingen psykiatrisk anamnese og ingen dispositioner til somatisk lidelse. Hans seksuelle udvikling var normal, og hans tidligere adfærd var upåfaldende. Det eneste symptom var nedsat lyst, idet hans erektions- og orgasmeevne var bevaret.

Fire år forud for henvisningen til SK blev patienten udredt akut for svær hovedpine, ledsaget af kognitiv påvirkning og hemiparese. En magnetisk resonans (MR)-skanning af cerebrum viste en vaskulitis i

centralnervesystemet med tilkomne lakunære infarkter frontalt og parietalt i hjernestammen. Patienten ophørte med rygning og indtag af alkohol samt gennemførte et stort vægttab og blev behandlet til remission med store doser prednisolon gennem et år med gynækomasti som eneste sequela. Han var i velbefindende, ikke i medicinsk behandling, havde en god funktionsstatus og kom tilbage i fuldtidsarbejde.

Ca. to år senere oplevede han en kortvarig episode med få dages svær svimmelhed og venstresidigt komplet høretab. En MR-skanning af cerebrum viste uændret status og ingen tegn på sygdomsaktivitet, og konklusionen blev, at der var tale om en tilfældig association.

Under den sexologiske udredning fik patienten taget blodprøver [3], der viste følgende koncentrationer med referenceværdier i parentes: testosteron total 14,05 nmol/l (10,3-27,4 nmol/l) testosteron frit 0,2655 nmol/l (0,24-0,69 nmol/l), prolactin 13.100 MIE/l (40-400) og thyroideastimulerende hormon (TSH) 3,0 MIE/l (0,2-5,0 MIE/l).

Pga. fund af hyperprolaktinæmi blev patienten akut henvist til videre udredning og behandling i endokrinologisk regi. Patientens hyperprolaktinæmi blev verificeret ved to kontrolmålinger, der viste prolaktinkoncentrationer på hhv. 10.400 og 14.800 MIE/l (60-250 MIE/l). Prolaktinforhøjelse af denne størrelse er diagnostisk for et makroprolaktinom. Hyperprolaktinæmi udløst af anden sygdom, tilstand eller medikamentel behandling kunne således afkræftes. Der var relativ hypogonadotrop hypogonadisme og normal inhibin-B/follikelstimulerende hormon-ratio. Øvrige hypofyseakser viste normal *insuline-like growth factor*-1 samt synactentest, og TSH-koncentration på 4,08 MIE/l (0,35-4,00) med thyroxinkoncentration på 95 nmol/l (70-140) og frit koncentration af thyroxin på 14,9 pmol/l (14,0-23,0). En MR-skanning af hypofysen viste et makroadenom, der målte 13 × 13 × 13 mm (**Figur 1**).

Ved gennemgang af patientens tidligere MR-skanninger af cerebrum fandt man, at adenomet var til stede et år tidligere og på daværende tidspunkt målte 7 × 7 × 7 mm. En neurooftalmologisk undersøgelse viste normale synsfelter.

Patienten blev sat i behandling med cabergolin,

## KASUISTIK

1) Sexologisk Klinik, Psykiatrisk Center København

2) Endokrinologisk Afdeling, Rigshospitalet

3) Gynækologisk Afdeling, Rigshospitalet


**FIGUR 1**

Magnetisk resonans-skanning af cerebrum inkl. kontrastindgift. Hypofysen ses tiltaget i størrelse og opadkonveks, dvs. at tumoren er beliggende i hypofysens venstre side.



og efter ca. to en halv måneds behandling var prolaktinniveauet normaliseret. Der blev ikke iværksat behandling på SK, og patientens afsluttende e-mail-bemærkning var:

»Alt fungerer, som det gjorde tidligere, jeg tror endda, jeg oplever en let forøget lyst til sex. Jeg ople-

ver ingen lyst-, rejsnings-, ejakulations- eller orgasme-problemer. Mit humør er også blevet væsentligt forbedret. Jeg fik taget en blodprøve i sidste uge, og har lige fået svar. Prolaktinniveau = 237.

Så livet er helt præcist herligt«.

### KONKLUSION

I udredningsøjemed ved nedsat sexlyst hos mænd har man i algoritmer tidligere fokuseret primært på testosteronniveauet og dets rolle for nedsat seksuel lyst [4]. Hos raske mænd primersensitiverer testosteron hypothalamus og øger derved påvirkeligheden af seksuelle stimuli, og dopamin stimulerer opmærksomhed og lyst [5]. Hyperprolaktinæmi kan via hypotalamisk påvirkning medføre hypogonadisme og kan derved reducere libidoen [3]. Vigtigheden af prolaktins rolle i mandens seksualfunktion er anerkendt og bør inddrages i udredningen af nedsat sexlyst hos mænd, hvor mere gængse årsager kan udelukkes.

**KORRESPONDANCE:** Mette Thing Baltzar, Dag Hammarskjölds Allé 1B, 3., 2100 København Ø. E-mail: mettethingbaltzar@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 4. januar 2012

**FØRST PÅ NETTET:** 5. marts 2012

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

### LITTERATUR

1. WHO. ICD-10 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. København: Munksgaard, 1994
2. Montorsi F, Adaikan G, Becher E et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 2010;7:3572-88.
3. Buvat J, Maggi M, Gooran L et al. Endocrine aspects of male sexual dysfunctions. *J Sex Med* 2010;7:1627-56.
4. Bhasin S, Enzlin P, Coviello A et al. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *Lancet* 2007;369:597-611.
5. Pfau JG. Pathways of sexual desire. *J Sex Med* 2009;6:1506-33.

## Operativ behandling af thoracic outlet syndrome

Peter Birkeland<sup>1</sup> & Jerzy Stiasny<sup>2</sup>

### KASUISTIK

1) Neurokirurgisk Afdeling U, Odense Universitetshospital  
2) Håndkirurgisk Afsnit, Ortopædkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital

Betegnelsen *thoracic outlet syndrome* (TOS) omfatter forskellige tilstande, hvor a. og v. subclavia eller plexus brachialis er klemt ved passagen gennem *thoracic outlet* [1, 2]. Kompressionen kan forårsages af en række anatomiske varianter, hvoraf et halsribben er en af dem. Vi har for nylig opereret tre patienter for TOS og har i alle tilfælde anvendt en supraklavikulær adgang. Der var i alle tre tilfælde tale om fremskredet nerve-tryk. Vi finder det derfor på sin plads at gøre opmærksom på lidelsen, selv om den tidligere har været omtalt i Ugeskrift for Læger [3, 4]. De tre sygehistorier har mange lighedspunkter, og her præsenteres den første.

### SYGEHISTORIE

En 41-årig kvinde havde gennem mange år haft gener i sin højre arm. Som barn kaldte hun det at have kvalme i armen. Hun havde fortsat vage smerter i skulderen, armen samt ring- og lillefingeren.

Ved den objektive undersøgelse fandt vi en såkaldt Gilliatt-Summer-hånd med svær atrofi af m. abductor pollicis brevis og i mindre grad af m. interossei og m. abductor digiti minimi. Der sås hyperextension i metakarpofalangealledene og hyperflexion i de proksimale interfalangealled i de ulnare fire fingre, således at hånden havde form som en klo