

Rola fizjoterapeuty w edukacji bezpiecznego współżycia seksualnego pacjentów po endoprotezoplastyce

PRACA RECENZOWANA

Choroba zwyrodnieniowa ze względu na towarzyszący jej ból znacznie obniża komfort życia pacjentów. Szczególną sferą, na jaką ma wpływ, jest aktywność seksualna. Szansą na poprawę jest plastyka stawu biodrowego i odpowiednie wsparcie fizjoterapeuty.

Choroba zwyrodnieniowa (artroza) to postępujący proces chorobowy polegający na przedwczesnym zużyciu i zniekształceniu tkanek tworzących staw: chrząstki stawowej, warstwy podchrzęstnej kości, płynu stawowego, torebki stawowej, więzadeł i mięśni. Jest wynikiem zaburzenia równowagi pomiędzy wzajemnie ze sobą powiązаныmi procesami degradacji i syntezy chrząstki stawowej – chondrocytów i macierzy pozakomórkowej oraz warstwy podchrzęstnej kości. Przejawia się morfologicznymi, biochemicznymi, molekularnymi i biomechanicznymi zmianami komórek macierzy, prowadząc do rozmiękania, włóknienia, owrzodzeń, stwardnienia warstwy podchrzęstnej i zagęszczenia tkanki kostnej. W jej przebiegu dochodzi do uszkodzenia chrząstki stawowej z wtórnym zapaleniem błony maziowej, przebudowy kości z tworzeniem wyrostki kostnych (tzw. osteofity) oraz do powstawania torbieli podchrzęstnych. Klinicznie stan ten charakteryzuje się bólem stawowym, tklivością, ograniczeniem ruchomości stawowej z towarzyszącymi wysiękami i ogólnym procesem zapalnym bez objawów układowych.

Na rozwój pierwotnej i wtórnej choroby zwyrodnieniowej istotny wpływ mają liczne czynniki predysponujące, tj. późny wiek, płęć żeńska, czynniki etniczne, czynniki wrodzone, nieprawidłowa biomechanika stawu, nadwaga, wykonywany zawód,

aktywność fizyczna, duża masa kostna i poziom hormonów. Najczęstszą przyczyną degeneracyjnych zmian są działające czynniki mechaniczne. Mogą nimi być uraz lub powtarzając się mikrourazy. Na poważne w skutkach zmiany narażone są w szczególności stawy poddawane częstemu działaniu sił ściskających, gdzie siła bywa wielokrotniona przez mechanizmy dźwigniowe. Skutkiem owego wieloletniego przeciążenia, nieprawidłowej „gry stawowej” są zmiany zwyrodnieniowe dużych stawów, tj. stawu biodrowego.

U pacjentów z zaawansowaną chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych jedyną możliwą i skuteczną metodą leczenia przewlekłego bólu, która pozwala przywrócić pacjentom zadowolający poziom sprawności fizycznej, jest wszczęcie endoprotezy stawu biodrowego. Całkowita alloplastyka stawu biodrowego polega na wycięciu zniszczonego stawu i zastąpieniu go endoprotezą. Endoprotezy wykonane są z bardzo odpornych, szlachetnych metali, tworzyw sztucznych i ceramiki. Składają się z dwu części: panewki (którą wszczepia się do kości miednicy) i głowy (którą mocuje się w kości udowej). Ze względu na sposób mocowania panewki w kości biodrowej (wklejana lub wkręcana) wyróżnia się dwa typy endoprotez: bezcementowe i cementowe. Osobom młodszym wszczepia się protezy bezcementowe ze względu na ich dłuższą

żywołność, protezy cementowe stosowane są u starszych pacjentów.

Amerykańska Akademia Chirurgów Ortopedów szacuje, że zmiany zwyrodnieniowe stawu biodrowego dotyczą niemal 19% populacji amerykańskiej, a w grupie powyżej 75 lat – już 51%. Z danych tych wynika również, iż co roku do całkowitej alloplastyki w USA kwalifikuje się ok. 1,25% populacji. W Szwecji i Norwegii odsetek populacji kwalifikowanych do interwencji chirurgicznej wynosi od 2,1 do 3,1% populacji po 20. roku życia.

Choroba zwyrodnieniowa a aktywność seksualna

Dolegliwości towarzyszące chorobie zwyrodnieniowej wpływają na poziom funkcjonowania fizycznego, społecznego, codzienną aktywność, stan emocjonalnych i psychiczny. Z powodu zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych obniża się ocena jakości życia, której istotną składową stanowi współżycie seksualne partnerów. Spadek komfortu współżycia płciowego wynika głównie z odczuwanego bólu, uczucia sztywności stawu biodrowego, obawy, że nagły ból może nasilić istniejącą już sztywność, zmęczenia, zmniejszenia popędu płciowego i efektów ubocznych stosowanych leków (spadek libido, zaburzenia erekcji), u kobiet – z depresji, frustracji, problemów z zajściem w ciążę (5). Dodatkowo obszar

Streszczenie: U pacjentów z zaawansowaną chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych jedyną możliwą i skuteczną metodą leczenia przewlekłego bólu, która pozwala przywrócić pacjentom zadowolający poziom sprawności fizycznej, jest wszczęcie endoprotezy stawu biodrowego. Z powodu zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych obniża się ocena jakości życia, której istotną składową stanowi współżycie seksualne partnerów. Życie seksualne jest normalną częścią życia każdego z nas. Aż 89% badanych pacjentów skarży się na brak informacji o bezpiecznym powrocie do aktywności seksualnej po zabie-

gu, z czego 81% z nich nigdy nie uzyskało informacji, kiedy bezpiecznie mogą ponownie rozpocząć współżycie po THA. Ta publikacja ma pomóc fizjoterapeutom odpowiedzieć na coraz częściej stawiane przez pacjentów pytania dotyczące bezpiecznego współżycia po endoprotezoplastyce.

Słowa kluczowe: endoprotezoplastyka, współżycie seksualne

Summary: The only possible effective treatment for chronic pain in patients with advanced osteoarthritis of the hip, which allows patients to restore a satisfactory level of physical life, is the hip replacement.

Because of advanced degenerative changes reduced quality of life assessment, which constitutes an important component of sexual intercourse partners. Sexuality is a normal part of life for each of us. As 89% of the patients complain of lack of information about safe return to sexual activity after surgery, 81% of them have never received information when they can safely resume intercourse after THA. This publication has a physiotherapist to help respond to increasingly frequent questions posed by patients on the safe intercourse after hip replacement.

Key words: hip replacement, sexual life

problemów pogłębiał się wraz ze wzrostem stopnia trudności pozycji przyjmowanych podczas stosunku płciowego. Techniczne czynniki, takie jak utrata ogólnej mobilności, ograniczony zakresu ruchomości stawów biodrowych i ogólne osłabienie razem z czynnikiem psychologicznym odgrywają dużą rolę w powodowaniu niemocy płciowej. Towarzyszący szeroko pojętemu aktywni współżycia seksualnego popęd płciowy, płciowa kompetencja, gesty w obliczu dyskomfortu ruchowego i fizycznego ulegają poważnym zaburzeniom.

Efekty endoprotezoplastyki stawu biodrowego

Szansą na zredukowanie bólu i poprawę technicznych czynników współżycia seksualnego jest całkowita plastyka stawu biodrowego (THA). Metoda ta okazała się istotnym narzędziem ortopedycznym w leczeniu pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowo-wytwórczymi stawów biodrowych. Jej terapeutyczne znaczenie było wielokrotnie poddawane ocenie przez pacjentów w okresie przed i po operacji (5). 32% pacjentów, którzy poddali się całkowitej wymianie stawu biodrowego, podkreślało swoje obawy pod kątem pojawiających

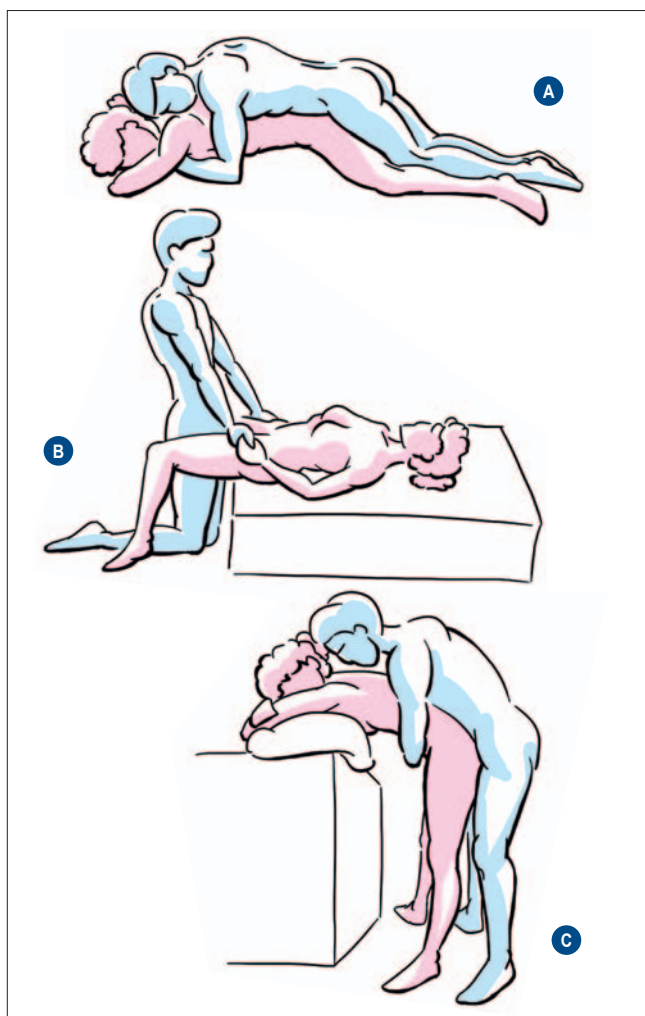
się problemów w życiu seksualnym, które w dużej mierze zadecydowały o podjęciu decyzji poddania się leczeniu chirurgicznemu. Pierwsze problemy, dyskomfort odczuwany podczas aktywności seksualnej, pacjenci obserwowali średnio w wieku 45 lat (21.-63. r.ż), a 2,5 roku od momentu wystąpienia incydentu bólowego w stawie biodrowym pacjenci skarżyli się na spadek satysfakcji seksualnej (wyjątkiem było zapalenie stawu biodrowego, gdzie problemy seksualne wystąpiły przed incydentem bólowym) (5).

Przed wykonaniem THA ok. 46% pacjentów zgłaszało problemy z życiem seksualnym, a po zabiegu jedynie 26%. Wzrost częstości współżycia seksualnego o 20%, głównie wśród kobiet, wskazuje na korzystny wpływ endoprotezoplastyki. Wartość THA w poprawie jakości życia znajduje odzwierciedlenie w wynikach kwestionariuszowych, gdzie spośród 60 pytanek, prawie 3/4 (72%) zauważyło zmniejszenie dolegliwości bólowych podczas stosunków płciowych, 38% zauważyło poprawę zakresu ruchomości stawów, 1/3 (20%) badanych informowała o wzroście ich ogólnej jakości życia seksualnego i poprawie relacji partnerskich w związku, 13% stwierdziło

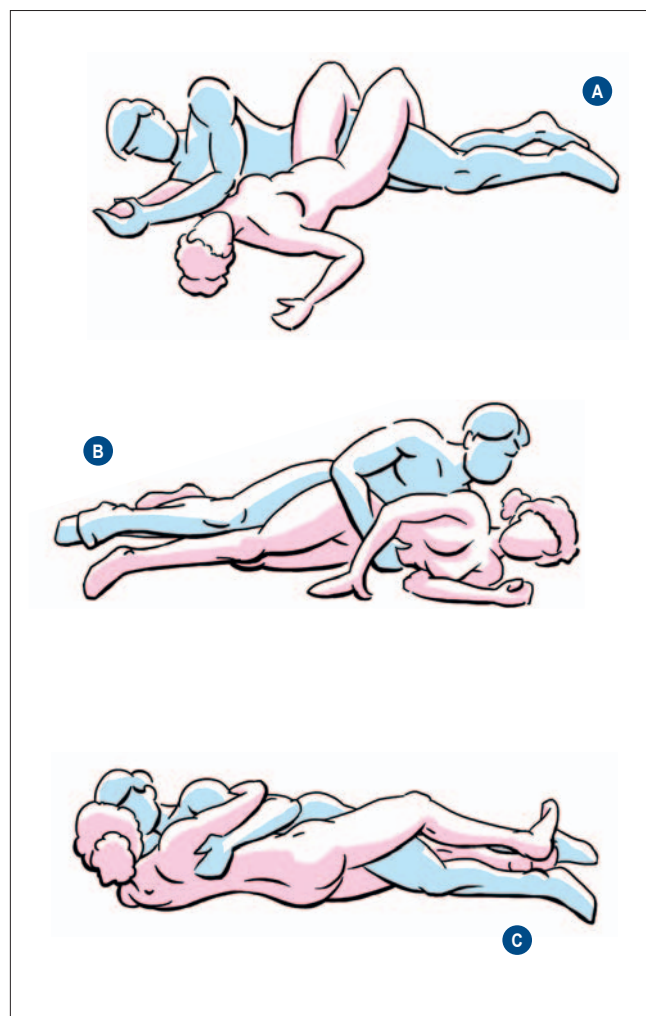
wzrost liczby partnerów seksualnych i seksualnych spotkań. Pomimo że jedynie 24 partnerów badanych pacjentek odpowiedziało na pytania kwestionariusza, prawie połowa (11 partnerów, 46%) było zdania, że jakość ich życia płciowego uległa poprawie dzięki zabiegowi endoprotezoplastyki stawu biodrowego. 25% pacjentek mogło rozpocząć stosunek płciowy 1-2 miesiące po operacji, w ich przypadku najczęstszą przyjmowaną przez kobiety pozycją była pozycja półleżąca (1).

W grupie mężczyzn zauważono szybszy powrót do pierwotnej aktywności seksualnej ze względu na dogodniejsze i bezpieczniejsze pozycje przyjmowane podczas stosunku z kobietą (nie wymagają one użycia dużej siły, intensywnych ruchów w obrębie stawów biodrowych, tj. odwodzenia i rotacji).

Inne badania ankietowe przeprowadzone w grupie pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego porównywały poziom aktywności seksualnej, biorąc pod uwagę libido, zachowanie funkcji erekcji i czynniki zaburzające sprawność seksualną. Potwierdziły one teorię na temat wzrostu częstości występowania problemów seksualnych w okresie przed interwencją ▶



Przykłady bezpiecznych pozycji, zaakceptowanych przez lekarzy: A – dla mężczyzn, B – dla kobiet, C – dla obojga partnerów



Inne przykłady bezpiecznych pozycji: A – na plecach, B – na boku operowanym, C – na boku zdrowym

► ortopedyczną. Przyczyną napięć i niespełnienia w związku był współwystępujący ból. Dodatkowo zajęcie procesem chorobowym innych stawów (kręgosłup, kolana) było czynnikiem pogarszającym aktywność seksualną tych pacjentów.

Wśród mężczyzn czynnikiem decydującym okazał się wiek badanych. Zabieg endoprotezoplastyki wyraźnie polepsza komfort życia wśród pacjentów z niższą średnią wieku (poniżej 65. r.ż.). U pacjentów powyżej 65. r.ż., 6 miesięcy po zabiegu 9 (17%) z 53 badanych utraciło swoją aktywność seksualną po operacji. Ponadto żaden z pacjentów niewykazujących aktywności seksualnej przed zabiegiem, nie odzyskał jej po wykonaniu operacji. Dane wskazują, że 14 (26,4%) badanych utraciło prawidłową zdolność erekcji (grupa znacząco starsza w porównaniu do pacjentów z zachowaną erekcją), a 1 (2%) pacjent odzyskał prawidłową erekcję. U 15 osób nie obserwowano poprawy istniejących już zaburzeń erekcji (4). Uwzględnic należy również wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia u mężczyzn w starszym wieku i z istniejącymi już zaburzeniami erekcji szczególnych predyspozycji do rozwinięcia i pogłębienia się tej dysfunkcji. Ryzyko zaburzeń erekcji wpisane jest m.in. w operacje chirurgiczne, takie jak TURP (przezcewkowa elektroseksja gruczołka stercza) i raka odbytu. Spowodowane są one uszkodzeniami o charakterze nerwowo-naczyniowym. Wiele różnych badań wskazuje na istnienie korelacji pomiędzy wiekiem pacjenta a pooperacyjnym ryzykiem wystąpienia zaburzeń erekcji. Jest ono wyższe wśród pacjentów powyżej 45. r.ż (dla raka odbytu) i powyżej 65. r.ż (dla TURP). Porównanie zabiegu TURP z operacją przepukliny pachwinowej w grupie starszych mężczyzn (6) wykazało pogorszenie funkcji seksualnych oraz erekcji na podobnym poziomie, co wskazuje, że decydujące znaczenie dla wystąpienia zaburzeń erekcji ma wiek pacjenta. Z kolei Mulligan (7) wykazał, że wśród pacjentów z wykonaną transplantacją serca w okresie pooperacyjnym dochodzi do wzrostu libido, ale jednocześnie wzrasta ryzyko pojawienia się zaburzeń erekcji. Ryzyko to wzrasta proporcjonalnie do wieku pacjenta.

Rola lekarza w edukacji seksualnej pacjentów

Życie seksualne jest zwykłą częścią życia każdego z nas. Stwierdza się, że pacjentów dotkniętych chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego nie może prowadzić normalnej aktywności seksualnej. Aż 89% badanych pacjentów skarży się na brak informacji o bezpiecznym powrocie do aktywności seksualnej po zabiegu, z czego 81% z nich nigdy nie uzyskało informacji, kiedy bezpiecznie mogą ponownie rozpocząć współżycie po THA. Dzięki ankiecie prze-

prowadzonej wśród internistów, reumatologów i chirurgów ortopedów – członków American Association of Hip and Knee Surgeons zwrócono szczególną uwagę na problem komunikacji lekarz – personel medyczny – pacjent w powyższych kwestiach. Wyniki ankiety wykazały, że 80% badanych lekarzy nigdy nie rozmawiało (lub robiło to bardzo rzadko, poświęcając na to nie więcej niż 5 minut) o problematyce aktywności seksualnej po THA ze swoimi pacjentami. Jedną z przyczyn niedostatecznej liczby rozmów na ten temat pomiędzy pacjentami a personelem medycznym może być niechęć do pytania o problemy sfery intymnej. Innym powodem może być brak wiedzy i przygotowania do przeprowadzania takich rozmów przez personel medyczny. Delikatność problemu sprawia również, że lekarze znacznie częściej rozmawiali na ten temat z osobami żyjącymi w związku, niż z osobami samotnymi i pacjentami przed 65. rokiem życia; zaledwie 20% chirurgów było informowanych o przemieszczeniu stawu podczas seksu u przynajmniej jednego pacjenta. Przemieszczenie stawu po THA (główne powikłanie) występowało u 0,65% do 7% operowanych pacjentów, z czego 59% stwierdzanych przypadków miało miejsce w pierwszych trzech miesiącach po operacji (3).

Rola fizjoterapeuty w edukacji seksualnej pacjentów

Kładąc nacisk na powagę tego problemu, podkreślono rolę odpowiedniego instruowania pacjentów przez fizjoterapeutów odnośnie do czasu i sposobu powrotu do aktywności seksualnej. Większość chirurgów (67%) zaleca powrót do aktywności po 1-3 miesiącach od operacji, jednak 31% lekarzy zezwala na powrót po 4 tygodniach lub wcześniej (2). Z rehabilitacyjnego punktu widzenia po 8-12 tygodniach nowa głowa kości udowej stabilizuje się w panewce nowego stawu, a siły działające na staw rozkładają się wokół mięśni otaczających staw biodrowy. Ponadto u pacjentów, którzy byli operowani poprzez cięcie tylne lub tylnoboczne, ryzyko zwichnięcia biodra minimalizuje się w pozycji leżenia na wznak z biodrami lekko zgiętymi w stawach biodrowych i kolanami oddalonymi od siebie. Dłuższy okres abstynencji seksualnej zalecany jest pacjentom, u których wykonano korekcyjną operację uprzednio wykonanego THA (9). Z dwunastu zaproponowanych bezpiecznych pozycji przyjmowanych podczas stosunku płciowego po THA, 90% ankietowanych lekarzy zaakceptowało jedynie trzy pozycje dla mężczyzn (ryc. A), dwie – dla kobiet (ryc. B) oraz jedną – dla obojga płci (ryc. C) (3). Zalecana pozycja to ta, w której pacjent unikał nadmiernego zgięcia, przywiedzenia i rotacji do wewnątrz stawu biodrowego, ponadto pośladki mają być zawsze wyżej niż uda, nie należy

krzyżować kończyn dolnych, w pozycji „na łyżeczkę” leżeć na boku operowanym, unikać nadmiernego zgięcia tułowia, asekurować się przy pomocy ściany, krzesła, stołu, poduszki. Ruchy należy wykonywać nie z samych bioder, tylko z całych kończyn dolnych, a partner nie powinien spoczywać całym ciężarem na partnerce ani na jej miednicy. Zaleca się unikać nadmiernego przodozgięcia miednicy, ruchów kołyszących i niekontrolowanych wygięć tułowia w przód lub nadmiernie w tył (9).

Nie mogąc ocenić wszystkich aspektów aktywności płciowej, skupiono się jedynie na stosunku płciowym jako wskaźniku seksualnego zadowolenia i akcie prokreacyjnym. Biorąc pod uwagę czynniki wpływające na satysfakcję seksualną partnerów i leczniczą wartość całkowitej plastyki stawu biodrowego, zwrócono uwagę na wzajemne relacje między partnerami, na zrozumienie własnych obaw i odczuć tak, by każdą sytuację intymną uczynić bezpieczną i komfortową dla obojga partnerów. Pamiętać należy o terapeutycznej roli personelu medycznego we wdrażaniu nowych zasad współżycia po rekonstrukcji stawu biodrowego. □

PAULINA GŁOWACKA, EWELINA ŻAK,
MARCELA GŁOWACKA, KAROL PRZYŁUDZKI

Piśmiennictwo

- Meyer H., Stern R., Fusetti C., Hoffmeyer P.: *Sexual quality-of-life after hip surgery*. „J. Orthopaed Traumatol.” (2003) 4:21-25. ORIGINAL
- Laffosse J.M., Tricoire J.L., Chiron P., Puget J.: *Sexual function before and after primary total hip arthroplasty*. „Joint Bone Spine” 75 (2008) 189e194
- Dahm D.L., Jacofsky D., Lewallen D.G.: *Surgeons Rarely Discuss Sexual Activity with Patients after THAA Survey of Members of the American Association of Hip and Knee Surgeons*. „Clinical orthopaedics and related research”, 428, 237-240.
- Nordentoft T., Schou J., Carstensen J.: *Changes in sexual behavior after orthopedic replacement of hip or knee in elderly males – a prospective study*. „International Journal of Impotence Research”, 2000, 12, 143-146.
- Stern S., Fuchs M., Ganz S.: *Sexual Function After Total Hip Arthroplasty*. „Clinical Orthopaedics and Related Research”, 269, August, 1991.
- Libman E. et al.: *Prostatectomy and inguinal hernia repair: a comparison of the sexual consequences*. „J. Sex. Marit. Ther.”, 1991; 17: 27-34.
- Mulligan T. et al.: *Sexual function after heart transplantation*. „J. Heart Lung Transplant.” 1991; 10: 125-128.
- Elst P., Sybesma T., van der Stadt R.J., Pins A.P., Muller W.H., den Butter A.: *Sexual problems in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis*. „Arthritis Rheum.”, 1984; 27 (2): 217-20.
- <http://www.fizjoterapeutom.pl/file.php?id=301>