

Abstract

Wiersma Tj, Offerhaus PM, Jans SMPJ, Schagen van Leeuwen JH. Efforts of extra vitamin D for pregnant and breastfeeding women still not clear. *Huisarts Wet* 2009; 52(8):408-9.

The new report of the Dutch Health Council on the supply of vitamin D in the Dutch population advises women who are pregnant or breastfeeding to use 10 microgram of vitamin D daily. This advice is insufficiently evidence-based because the clinical benefits are unclear.

viezen eens kritisch tegen het licht te houden. Terwijl grote delen van de geneeskunde zich bekommeren om *evidence-based medicine*, waarbij adviezen op klinisch relevante eindpunten moeten zijn onderbouwd, is dat bij voedingsadviezen zoals extra vitamine D in veel mindere mate het geval en richt men zich meer op biochemische parameters. Uit de gegevens over de samenstelling van de commissie en de gegevens over de deelnemers aan de werkconferentie blijkt dat bij de opstelling van de adviezen geen huisartsen, verloskundigen en gynaecologen betrokken zijn geweest, terwijl

in de brief met aanvullende vragen aan de Raad (zie bijlage B bij het rapport) wel om afstemming met deze beroepsgroepen was gevraagd. Het lijkt zaak om in dit soort commissies in de toekomst ruimhartig plaats in te ruimen voor praktiserende medici, zodat er meer aandacht ontstaat voor klinisch relevante effecten en er bovendien wordt nagedacht over hoe de aanbevelingen praktisch moeten worden gerealiseerd in de praktijk.

Literatuur

- 1 Wiersma Tj, Daemers DOA, Steegers EAP, Flikweert S. Onterechte aanbeveling voor extra vitamine D bij zwangeren en zogenden. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1700-1.
- 2 Wiersma Tj, Flikweert S, Schagen van Leeuwen JH, Daemers DOA. Vitamine-D-deficiëntie [Ingezonden]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150:1313-5.
- 3 Gezondheidsraad. Naar een toereikende inname van vitamine D. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008;2008/15.
- 4 Weggemans R, Schaafsma G, Kromhout D. Naar een toereikende inname van vitamine D. Een advies van de Gezondheidsraad. *Huisarts Wet* 2009;52:73-5.

Klinische les

Erectiele disfunctie

Marsha van Koppen-van Benthem, Arie Knuistingh Neven, Guus Lycklama à Nijeholt

Introductie

De huisarts speelt tegenwoordig een belangrijke rol bij de diagnosestelling en behandeling van erectiele disfunctie (ED).¹ Hij vergaart de juiste informatie en schat in of de oorzaak van het probleem in de psychogene, relationele of somatische sfeer ligt. Overigens ligt de oorzaak vaak niet op slechts één gebied.²

Casus

Patiënt A, een man van 49 jaar, bezocht het spreekuur met klachten over verminderd seksueel verlangen, moeite met opgewonden raken en het uitblijven van een erectie. Hij had soms nog wel een ochtenderectie. Hoe lang het probleem precies speelde en wanneer hij voor het laatst een ejaculatie had gehad, wist hij niet. Hij kon zich wel herinneren

Auteursgegevens

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Postbus 2088, 2301 CB Leiden: M.J. van Koppen-van Benthem, huisarts, destijds aios, dr. A. Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog.

LUMC, afdeling Urologie: prof. dr. A.A.B. Lycklama à Nijeholt, uroloog.

Correspondentie: a.knuistinghneven@upcmail.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

dat het ejaculaat de laatste keer waterig was. Zijn vrouw, die recent een mamma-amputatie had ondergaan, vond hij niet meer seksueel aantrekkelijk. In verband met haar ziekte had zijn vrouw evenmin behoefte aan seksueel contact. Ze spraken er niet meer over. De patiënt vertelde dat zijn okselbehaving was verdwenen. Hij vond dit vreemd en vroeg zich af wat het kon betekenen. Hij gebruikte geen medicijnen, er waren geen cardiovasculaire risicofactoren en evenmin aanwijzingen voor stemmingsstoornissen.

Bij lichamelijk onderzoek vond de huisarts inderdaad geen okselbehaving. De testikels waren echter niet afwijkend. Vanwege het verminderde libido dacht de huisarts aan een verlaagd testosterongehalte. Hij regelde een bloedonderzoek en vroeg de patiënt een week later terug te komen. Bij het volgende consult klaagde de patiënt over toenemende stekende hoofdpijn aan de rechterkant van zijn slaap. Hij had geen klachten over dubbelzien, hemianopsie of andere visusafwijkingen en de ateriitis temporalis was niet palpabel.

Het testosterongehalte was 4,7 nmol/l (n 12,0-35,0 nmol/l), FSH 2,6 U/l (n 2,0-7,0 U/l) en LH 1 U/l (n 1,5-8,0 U/l, dus hypogonadotroop). De uitslagen gaven aanwijzingen voor een verlaagd testosterongehalte door gedeeltelijke hypofysaire uitval. De huisarts sprak met de patiënt af het bloedonderzoek te herhalen, nu met een prolactinebepaling. De waarden van de eerdergenoemde bepalingen bleken opnieuw verlaagd. Het

prolactinegehalte was 4700 mU/l (n 100-300 mU/l) en de BSE normaal. Een röntgenfoto van de sella-regio leverde geen afwijkingen op. De huisarts verwees de patiënt door in verband met een forse hyperprolactinemie. Na een MRI-scan werd een prolactinoom vastgesteld. Het verhoogde prolactinegehalte leidde tot hypogonadotroop hypogonadisme met als gevolg een verlaagd testosterongehalte. De patiënt werd behandeld met bromocriptine en testosteronsuppletie. Na het starten van de medicatie nam het seksueel verlangen bij de patiënt duidelijk toe en herstelde de erectiele functie zich, zonder specifieke medicamenteuze therapie voor erectiele disfunctie. Kort daarna is de patiënt van zijn echtgenote gescheiden.

Beschouwing

Epidemiologische gegevens

Het prevalentiecijfer van erectiele disfunctie is afhankelijk van de exacte definitie.³ Is de erectiele disfunctie minimaal of compleet, is deze wel of niet recidiverend en lijdt de betrokkene wel of niet onder de situatie? De subjectieve beleving is uiteindelijk belangrijker dan het functionele aspect. Op basis van Nederlands onderzoek komen we op een prevalentiecijfer van 13% bij mannen tussen de 40 en 79 jaar, en 20% bij mannen tussen de 50 en 78 jaar.^{4,5} De resultaten kunnen mogelijk worden beschouwd als uitgangswaarden, aangezien er aanwijzingen zijn dat de behoefte aan hulp is toegenomen sinds de introductie van sildenafil.⁶

Prolactinoom en hypogonadisme

Het risico op een prolactinoom is erg klein bij een patiënt met erectiele disfunctie. In een onderzoek werd bij 377 mannen met ED in 9 gevallen (2,4%) een verhoogd prolactine gevonden.⁷ Bij een prolactinoom is ook het libido in 90% van de gevallen verlaagd.² Bij een fors prolactinoom kan de patiënt klachten hebben over diplopie en hemianopsie. Wanneer vervolgens hypogonadisme optreedt, kan de huisarts bij lichamelijk onderzoek onder andere gynaecomastie, galactorroe, veranderde secundaire geslachtskenmerken en kleine testes vinden. Klachten over waterig ejaculaat, het uitblijven van een orgasme, het geleidelijk ontstaan van verminderd libido en erectiele disfunctie passen eveneens bij hypogonadisme.

Als er naast erectiele disfunctie ook sprake is van libidoverlies of als er bij lichamelijk onderzoek afwijkingen zijn die wijzen op hypogonadisme, kan de huisarts een testosteronbepaling aanvragen. De bepaling gebeurt bij voorkeur voor 10.00 uur 's ochtends, aangezien de concentratie in de ochtend het hoogst is. Afname van libido treedt pas op wanneer het testosterongehalte lager dan de helft van de normale waarde is.⁶ De huisarts moet nagaan of de patiënt medicatie gebruikt die de prolactinespiegel doet stijgen, zoals antidepressiva, haloperidol of methyldopa. Andere mogelijke oorzaken van een verhoogde prolactinespiegel zijn 'idiopatisch' en chronisch nierfalen.

Casusbespreking

Patiënt A klaagde over hoofdpijn, maar er was geen sprake van diplopie of hemianopsie. Bij lichamelijk onderzoek was de enige afwijking uitval van okselbehaaring, hetgeen op hypogonadisme en dus een testosterontekort kan wijzen. De casus illustreert ook dat het probleem niet alleen in de somatische sfeer lag. Er speelde eveneens een relationeel probleem. De patiënt klaagde zowel over erectiele disfunctie als over verminderd libido. Beide klachten waren geleidelijk ontstaan. Dit wijst op een somatische oorzaak. Verder viel op dat niet alle klachten passen bij het ziektebeeld dat uiteindelijk verantwoordelijk voor het klachtenpatroon bleek te zijn. Ook in dit geval was bij lichamelijk onderzoek de veranderde lichaamsbehaaring de enige afwijkende bevinding.

Conclusie

Er is maar een kleine kans dat erectiele disfunctie het gevolg is van een prolactinoom. De huisarts moet eerder denken aan een verminderd testosterongehalte indien zowel verminderd libido als erectiele disfunctie geleidelijk zijn ontstaan en beide klachten minimaal een jaar duren. Tevens kan de veranderde lichaamsbehaaring op een tekort aan testosteron duiden. Als de huisarts vooral een somatische oorzaak vermoedt (verminderde of afwezige ochtenderecties), maar anamnese en lichamelijk onderzoek geen aanwijzingen geven voor neurogene of vasculaire problematiek, kan hij een testosteronbepaling aanvragen. Is het testosterongehalte verlaagd, dan kan een bloedonderzoek worden herhaald waarin ook LH, FSH en prolactine worden bepaald. Zijn LH, FSH en testosteron verlaagd en het prolactine verhoogd, dan dient de huisarts de patiënt naar de tweede lijn te verwijzen, met de vraag of er sprake zou kunnen zijn van een prolactinoom. Het ziektebeeld is goed te behandelen en herstel van verminderd libido en erectiele disfunctie is mogelijk.

Literatuur

- 1 Meuleman EJH, Donkers LHC, Robertson C, et al. Erectiestoornis: prevalentie en invloed op de kwaliteit van leven; het Boxmeer-onderzoek. Ned Tijdschr Geneesk 2001;145:581-6.
- 2 Delavierre D, Girard P, Peneau M, Ibrahim H. Should plasma prolactin assay be routinely performed in the assessment of erectile dysfunction? Review of the literature. Prog Urol 1999;9:1097-101.
- 3 Breiner SJ, Morgentaler A. Male sexual dysfunction. JAMA 2004;292:2722-3.
- 4 Blanker MH, Bohnen AM, Groeneveld FPMJ, et al. Erectiestoornissen bij mannen van 50 jaar en ouder: prevalentie, risicofactoren en ervaren hinder. Ned Tijdschr Geneesk 2001;145:1404-8.
- 5 Hengeveld MW, Gianotten WL. Erectile disorders: the reality. Ned Tijdschr Geneesk 2001;145:1381-4.
- 6 Van Bezooijen BPJ, Wiersma TJ, Schlatmann TJM, Zwartendijk J. Compendium Urologie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Urologie Utrecht, 2008.
- 7 Kropman RF, Verdijk RM, Lycklama à Nijeholt AAB. Routine endocrine screening in impotence: significance and cost-effectiveness. Int J Imp Res 1991;3:87-94.