

Andropauza – zjawisko medyczne czy mit?

Damian D. Brela

Pojęcie *andropauzy* dotyczące zdrowia mężczyzn było odpowiednikiem określenia *menopauza* dotyczącego zdrowia kobiet. Czy faktycznie można je traktować jako analogiczne zjawiska? Zaczniemy od tego na czym polega menopauza?

Menopauza u kobiet jest zjawiskiem rozwojowym, czyli etapem w życiu, który występuje w przebiegu życia każdej kobiety. “Menopauza to moment, w którym ustają miesiączki” (Skrzypulec, 2010, s. 138) w wieku około 51 lat. Ustanie miesiączki jest spowodowane tym, że jajniki przestają produkować (wypuszczać) komórki jajowe. Zmienia się gospodarka hormonalna, kobieta staje się niepłodna; zmiany hormonalne mogą powodować różne zdrowotne reperkusje. Natomiast wyłączenie się jajników nie jest spowodowane w przypadku menopauzy ich chorobami lub jakimiś innymi stanami patologicznymi organizmu. Ustanie działania jajników jest genetycznie zaprogramowane w ich rozwoju.

Wracając do **andropauzy** termin ten jest błędny ze względu na szereg przeciwieństw rozwojowych. Przede wszystkim męskie gonady - jądra, czyli odpowiedniki jajników u kobiet - są aktywne od powstania w życiu płodowym aż do ostatniej chwili życia mężczyzny. Całe życie produkują testosteron – w życiu płodowym w pewnych momentach i niedługo po urodzeniu jądra produkują testosteron w ilościach porównywalnych do tych u dorosłego mężczyzny. Następnie od chwili dojrzenia komórek sertoliego w jadrach produkują one plemniki - komórki rozrodcze również do końca życia mężczyzny. Poziom hormonów w przebiegu życia mężczyzny zmienia się i jest zauważalny spadek – jednak nie jest on tak

gwałtowny i drastyczny jak w przypadku menopauzy. Jakość plemników u im starszego mężczyzny również spada, to jednak ich produkcja nie ulega nagłemu zatrzymaniu.

Obie sytuacje dotyczą zdrowego i zgodnego z normą rozwoju. U kobiet może powstać stan menopauzalny, czyli zatrzymanie miesiączki, utrata płodności dużo wcześniej niż w okolicach 51 r.ż., ale zwykle dzieje się to z innych powodów, z powodów poza rozwojowych. Są to najczęściej choroby ginekologiczne, onkologiczne (np. rak jajników, macicy, itd.). W przypadku gdy żeńskie narządy płciowe ze względu na raka czy inne zmiany zostają usunięte, to mówimy w takim przypadku o tzw. *menopauzie chirurgicznej*. Polega ona na tym, że miesiączkowanie (płodność) nie ustały ze względów naturalnych, tylko z powodu fizycznej ingerencji chirurgicznej.

Natomiast jeśli chodzi o mężczyzn - jądra zachowują aktywność przez całe życie. Jeśli jednak coś się dzieje, że przestają nagle produkować hormony płciowe lub plemniki, to nie z powodów naturalnych dla siebie – jak w przypadku jajników w menopauzie – tylko z powodów patologicznych.

Dlatego w nauce termin andropauza został zastąpiony nazwą **PADAM** (partial androgen deficiency in aging male syndrom), czyli **Częściowa niewydolność androgena starzejącego się mężczyzny**. Zespół ten był diagnozowany za pomocą kwestionariuszy oceniających wiele objawów, takich jak: obniżenie libido, utrata energii, zmniejszenie siły i wytrzymałości, utrata wzrostu, radości życia, napady pesymizmu, zaburzenia erekcji, pogorszenie zdolności do uprawiania sportu, wpadanie w drzemki popołudniowe, pogorszenie zdolności do pracy (Jakiel, 2010).

Wraz z badaniami i rozwojem spojrzenia na problem z czasem ten termin uległ zmianie. Obecnie najczęściej jest używane określenie **Late-onset hypogonadism (LOH)** - **Późny hipogonadyzm**.

Samo zjawisko hipogonadyzmu jąder jest rodzajem zaburzenia jąder, które nieprawidłowo funkcjonują. W przypadku LOH istotny jest moment jego pojawienia się. W 2005 roku trzy ważne czasopisma naukowe (International Journal of Andrology, The Aging Male, European Urology) opublikowały rekomendacje dotyczące leczenia, rozpoznawania i monitorowania późnego hipogonadyzmu męskiego. W związku z czym obecna definicja brzmi: "Późny hipogonadyzm męski to zespół kliniczny i biochemiczny związany z zaawansowanym wiekiem i charakteryzujący się typowymi objawami oraz obniżonym stężeniem testosteronu w surowicy krwi. Może on być powodem istotnego obniżenia jakości życia i wpływać na niekorzystnie na funkcjonowanie licznych narządów" (za: Jakiel, 2010, s. 147).

Jako zespół kliniczny LOH uznano następujące objawy:

- spadek libido;
- spadek jakości i częstotliwości erekcji (przede wszystkim nocnych / porannych);
- zmiany nastroju, zmiany funkcji poznawczych (intelektualnych), zmiany w orientacji przestrzennej;
- zmęczenie, stany depresyjne, drażliwość;
- problemy ze snem;
- spadek masy i siły mięśniowej, wzrost ilości tłuszczu trzewnego;
- Utrata owłosienia, problemy skórne, zmniejszenie gęstości kości - powodujące większe ryzyko złamań, osteoporozę, itp.

W przypadku zaobserwowania takich objawów rekomendowane są badania laboratoryjne w celu oznaczenia całkowitego testosteronu oraz wolnego testosteronu. Granica normy tego pierwszego wynosi 12 nmol/l (346 ng/dl) i drugiego 250 pg/l (72pg/ml). Jeśli wyniki okażą się poniżej normy, to badanie należy powtórzyć rozszerzając je o sprawdzenie poziomu LH i prolaktyny.

Wracając do porównania z menopauzą, która jest przykrym, ale biologicznym etapem w życiu kobiety, to u mężczyzn potwierdzone badaniami laboratoryjnymi LOH jest stanem chorobowym jąder; stanem dla jąder nienaturalnym. Badania epidemiologiczne LOH potwierdzają tylko tezę, że problemy z aktywnością jąder nie dotyczą całej populacji mężczyzn, a jedynie jej części oraz tym samym udowadniają, że andropauza nie jest zjawiskiem rozwojowym a chorobowym, które należy zdiagnozować, ustalić przyczynę (uszkodzenie, rak, itd.) i podjąć stosowne leczenie.

Badania MMAS (Massachusetts Male Aging Study) podją (za: Jakiel, 2010), że LOH występuje w przedziale wiekowym mężczyzn 55-59 lat - 21%; w 60-69 lat – 26%, i w 70-86 lat – 31%.

Poziom androgenizacji, czyli wpływ androgenów na narządy i układy jest obecnie mocno badany. Niepodważalnym jest fakt wspomniany wcześniej dotyczącym gospodarki kostnej i nasilonym ryzyku chorób wynikających. Badacze podają pewne obserwacje kliniczne, które z punktu widzenia ogólnego zdrowia są bardzo ważne, np. powiązanie zespołu metabolicznego z niskim stężeniem testosteronu i SHBG; zależność otyłości (przede wszystkim brzusznej) z hipogonadyzmem i problemami z erekcją; mężczyźni chorujący na hipogonadyzm ma 2-3 krotnie większe ryzyko cukrzycy i oporności na insulinę; oraz to, że obniżenie androgenów upośledza ogólną sprawność, samopoczucie, i może prowadzić do zmian naczyniowych (Jakiel, 2010).

Jeśli chodzi o funkcjonowanie seksualne mężczyzn dotkniętych LOH, to należy odróżnić potrzeby seksualne, popędowe od możliwości. Ograniczenia, które są konsekwencją obniżenia androgenów mogą utrudniać mężczyźni nie tylko odbycie stosunku seksualnego penetracyjnego, do którego jest potrzebne zachowanie erekcji o odpowiedniej sztywności (twardości) w sensie fizycznym i również czasowym, ale czasami nawet sama masturbacja nie jest możliwa. Taka sytuacja, kiedy mężczyzna chce a nie może jest dla niego bardzo

upokarzająca, podburzająca samoocenę, nastrój itd. Frustracja wynikająca z problemów seksualnych może przenosić się na inne obszary życia, np. Relacji rodzinnych, zawodowych lub popychać w nałogi, uzależnienia i inne formy patologicznego odwrócenia uwagi od podstawowego problemu.

W leczeniu LOH niezbędna jest opieka medyczna: andrologiczna, urologiczna, endokrynologiczna, a ze względu na psychologiczne następstwa - powikłania - nierzadko też pomoc psychologiczna czy psychoterapeutyczna (psychoterapia).

Polityka profilaktyki zdrowotnej w naszym kraju jest mocno zaniedbana, dlatego każdy mężczyzna powinien samodzielnie zadbać o swoje męskie zdrowie, a im więcej ma lat, tym większą powinien uwagę kierować na to, co w młodości nie budziło ani trochę wątpliwości.

Literatura:

Jakiel G. (2010). Seksualność mężczyzn w okresie andropauzy. [W:] Podstawy seksuologii. Red. nauk. Zbigniew Lew-Starowicz, Violetta Skrzypulec. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.

Bancroft J. (2019). Seksualność człowieka. Wrocław: Edra Urban & Partner.

Manley M.R.S. (2010). Psychiatria. Praktyczny przewodnik kliniczny. Elsevier Urban & Partner, Wrocław.