Hoida potilasta, älä pelkkää testosteroniarvoa

PÄIVI HÄMÄLÄINEN
LT, sisätautien ja endokrinologian erikoislääkäri, apulaisylilääkäri
Tampereen yliopistollinen sairaala ja endokrinologian koulutusvastuulääkäri, Tampereen yliopisto

”Väsyttääkö? Tarkista elimistösi hyvinvoinnin tila laboratoriokoepaketilla, joka sisältää myös testosteroniarvon!” Testosteronipitoisuus mitataan yhä useammin ilman lääkärin arviota.

Mittausten määrä on lisääntynyt myös lääkärin ohjelmoimana julkisessa terveydenhuollossa. Viidellä hyvinvointialueella (Kanta-Häme, Keski-Suomi, Pirkanmaa, Pohjanmaa, Päijät-Häme) testosteronipitoisuus mitattiin vuonna 2022 yhteensä 15 000 kertaa ja vuonna 2023 vielä useammin: 17 500 kertaa (1).

Huolestuttavampaa on se, miten apteekkien lääketoimitusten sekä reseptilääkeostojen määrät kasvavat. Vuonna 2023 testosteronia sisältäviä lääkkeitä osti yli 25 000 henkilöä. Se on 15 000 enemmän kuin vuonna 2010. Kasvun pysähtymistä ei ole näkyvissä, sillä vuosien 2022–2023 välillä määrä lisääntyi edelleen 2 000:lla (2).

Väsymys, lihasheikkous tai muistiongelmat ovat epäspesifejä oireita, joita esiintyy terveessä väestössä joka neljännellä (3,4). Testosteronivajauksen spesifimpiä oireita ovat seksuaalioireet, kuten heikentynyt libido ja vähentyneet aamuerektiot. Näidenkin oireiden esiintyvyys on lisääntynyt vasta selvästi pienentyneillä testosteronipitoisuuksilla (4–6).

Oirekuvan tulisi siis olla lähtökohtana laboratoriotutkimusten pyytämiselle. Vielä paljon tärkeämpää on se, miten tuloksia tulkitaan ja potilasta arvioidaan sekä hoidetaan kokonaisuutena.

Mikäli testosteronitaso on poikkeava, tulee uusintamittauksen yhteydessä tehdä myös gonadotropiinimääritykset (lutenisoiva hormoni LH ja/tai follitropiini FSH) ennen kuin jatkodiagnostiikan estävä testosteronihoito aloitetaan.

Sekundaarisessa ja toiminnallisessa hypogonadismissa LH- ja FSH-pitoisuudet ovat pienet tai viitealueella testosteronitason ollessa matala. Tällöin myös aivolisäkesairauksien poissulku saattaa olla tarpeen.

Tällä hetkellä suomalaisista yli 20-vuotiaista miehistä 60 % on ylipainoisia ja 27 % lihavia (7). Yleinen syy testosteronivajeeseen on lihavuuteen liittyvä toiminnallinen testosteronitason lasku. Painoindeksi yli 30 kg/m^2 voi pienentää testosteronipitoisuutta yli 30 % (8). Tällöin paras hoito on painonpudotus, joka hoitaa myös potilaan muita riskitekijöitä ja parantaa tulevaisuuden ennustetta toisin kuin testosteronilääkityksen aloitus.

Painonlasku korjaa toiminnallista hypogonadismia ja vaikuttaa tutkimuksen mukaan useisiin oireisiin paremmin kuin testosteronilääkitys (3). Toiminnallista hypogonadismia aiheuttavat myös monet krooniset sairaudet, unihäiriö, alkoholinkäyttö sekä opioidilääkitys.

Painonlasku korjaa toiminnallista hypogonadismia.

Testosteronilääkityksen aloitus on selvästi perusteltua elimellisen sairauden aiheuttamassa kives- tai aivolisäkeperäisessä hypogonadismissa. Toiminnallisessa hypogonadismissa voidaan joskus tarvita hoitoa, jos aiheuttava syy ei ole pitkäaikaisesti korjaantuva.

Testosteronihoitoa tulee aina seurata. Mielessä tulisi pitää lääkityksen haittavaikutukset eli oman testosterituotannon lamaantuminen sekä pitkäaikaisessa käytössä siittiötuotannon heikkeneminen ja loppuminen (eli hedelmättömyys).

Toiminnalliseen, kuten lihavuudesta johtuvaan, testosteronitason laskuun aloitettu lääkitys johtaa usein kierteeseen, jossa lääkeannoksia suurennetaan, jos testosteronin määrästä täysin riippumattomat oireet eivät ole korjaantuneet. Tällöin lisääntyvät myös testosteronihoitoon yleisesti liittyvät haitat, kuten erytrosytoosi, sekä hoidon komplikaatiot. ●

SIDONNAISUUDET
Päivi Hämäläinen: Konsultointi (Ascendis Pharma A/S).

KIRJALLISUUTTA

1 Fimlab-laboratoriot oy, Juujärvi M. Kirjallinen tiedonanto 18.2.2025.
2 Kelasto-tilastotietokanta. Sairasvakuutuksesta korvattavat lääketoimitukset 24.2.2025.
3 Grossmann M, Robledo KP, Daniel M ym. Testosterone treatment, weight Loss, and health-related quality of life and psychosocial function in men: a 2-year randomized controlled trial. J Clin Endocrinol Metab 2024;109:2019–28.
4 De Silva NL, Papanikolaou N, Grossmann M ym. Male hypogonadism: pathogenesis, diagnosis, and management. Lancet Diabetes Endocrinol 2024;12:761–74.
5 Wu FCW, Tajar A, Beynon JM ym. Identification of late-onset hypogonadism in middle-aged and elderly men. N Engl J Med 2010;363:123–35.
6 Huhtaniemi I, Perheentupa A. Miehen ikääntymiseen liittyvien hormonimuutosten diagnostiikka ja hoito. Duodecim 2009;125:1099–106.
7 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. TerveSuomi-tutkimus. (siteerattu 24.2.2025). www.thl.fi/tervesuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/lihavuus.html
8 Wu FC, Tajar A, Pye SR ym. Hypothalamic-pituitary-testicular axis disruptions in older men are differentially linked to age and modifiable risk factors: the European Male Aging Study. J Clin Endocrinol Metab 2008;93:2737–45.