

ARTIGO ORIGINAL

A referenciação para a consulta de andrologia – Quem e como são referenciados?



José Carlos Santos*, Nídia Rolim, Rita Fonseca, Renato Mota e Hélder Monteiro

Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Disponível na Internet a 19 de março de 2018

PALAVRAS-CHAVE

Andrologia;
Disfunção sexual;
Disfunção erétil;
Ejaculação prematura

Resumo

Introdução: A andrologia é uma área médica que estuda a sexualidade e a fertilidade no sexo masculino. A referenciação de utentes deve ser feita de forma criteriosa e adequada para assegurar o acesso a tratamentos diferenciados sempre que haja indicação.

Objetivo: Caracterizar a referenciação específica para a consulta de andrologia no nosso centro hospitalar.

Material e métodos: Avaliação retrospectiva da casuística da consulta de andrologia entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015.

Resultados: Consultaram-se os registos clínicos de 96 das 102 consultas de primeira vez de andrologia. Cerca de 60% dos doentes foram referenciados por disfunção erétil, 15% por curvatura peniana e 8% por disfunção ejaculatória. Apenas 27% dos doentes com disfunção erétil já tinham efetuado prova terapêutica e 40% não tinham perfil metabólico recente.

Discussão: A elevada prevalência de comorbilidades sexuais e a elevada prevalência de doentes naïve na população referenciada levam a ponderar se existe dificuldade entre os médicos referenciadores de categorizar e tratar a disfunção sexual masculina de acordo com o modelo tetrafásico da resposta sexual. A ausência de estratificação de doentes segundo os critérios de Princeton III demonstra a dificuldade na seleção de doentes que podem iniciar terapêuticas de primeira linha antes da referenciação.

Conclusão: As disfunções sexuais têm uma elevada prevalência na população geral. Os cuidados de saúde necessitam de ter uma maior capacidade de intervenção diagnóstica e terapêutica.

© 2018 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: Jose.c.pereirasantos@gmail.com (J.C. Santos).

KEYWORDS

Andrology;
Sexual dysfunction;
Erectile dysfunction;
Premature
ejaculation

Andrology – Whom and how are patients being referred?**Abstract**

Introduction: Andrology focuses in male sexual and fertility diseases. Its referral should be thoughtful and tailored in order to select the correct cases.

Objectives: The aim of this work was to evaluate the referral to our department and improvement points.

Material and methods: A retrospective analysis was performed of the Andrology consults between January 2014 and December 2015.

Results: We evaluated 96 of the 102 consults performed. About 60% of patients were referred with erectile dysfunction complaints, 15% with penile curvature and 8% with ejaculatory dysfunction. About 27% had previously tried phosphodiesterase 5 inhibitor, and 40% lacked recent metabolic workup.

Discussion: The high prevalence of sexual complaints coupled with a high number of naïve patients could be due to difficulties by the referral doctors when analyzing and characterizing male sexual dysfunction according to the current sexual response cycle model. The lack of patient categorization accordingly to Princeton criteria (III) shows the difficulties found when selecting patients to start the first line of treatment for erectile dysfunction.

Conclusion: Sexual dysfunction are highly prevalent in the general population. Healthcare providers should improve diagnostic and treatment skills in this field of Urology.

© 2018 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introdução

A andrologia assume-se como a área da medicina que estuda a sexualidade e a fertilidade masculinas. É uma área abordada nas especialidades de psiquiatria, urologia e endocrinologia e possibilita a referência de casos complexos, raros ou refratários a terapêuticas de primeira linha no tratamento da disfunção sexual ou da infertilidade. A adequada referência permite uma melhor seleção de doentes de modo a que os cuidados mais diferenciados estejam acessíveis aos doentes que deles necessitam.

A real prevalência de disfunções sexuais masculinas continua por apurar apesar da intensa investigação clínica. Estudos epidemiológicos feitos na população portuguesa revelaram uma prevalência de 23% de ejaculação prematura e 21,5% de queixas associadas à função erétil¹. Globalmente, aceitam-se taxas de 30-52% para disfunção erétil² e de 20-30% para ejaculação prematura^{3,4}. Nesse sentido trata-se de patologias com uma prevalência significativa e com uma elevada probabilidade de serem abordadas nos cuidados de saúde primários.

A disfunção erétil assume hoje um papel de destaque na saúde cardiovascular pela sua intrínseca relação fisiopatológica e também pelo seu potencial preditor de doença isquémica coronária subclínica⁵. Já existem recomendações no sentido de incorporar a avaliação da disfunção erétil em protocolos de vigilância e seguimento da doença cardiovascular nos cuidados de saúde primários⁶.

A avaliação de dificuldades sexuais nos cuidados de saúde parece ser insuficiente, inconstante e pouco organizada⁷, fruto da limitação do tempo de consulta e do reduzido treino académico que os profissionais assumem ter na formação pré-graduada e específica em diversas áreas médicas⁸.

A seleção de casos a referenciar para a consulta de andrologia pode refletir os conhecimentos e as competências no diagnóstico e no tratamento das disfunções sexuais pelos clínicos ou apenas identificar as dificuldades deles na gestão de prioridades clínicas face às limitações inerentes a cada consulta.

No intuito de melhor compreender a realidade da referência na área da andrologia decidimos rever e estudar a população de doentes referenciados a essa consulta por forma a identificar potenciais áreas de melhoria.

Materiais e métodos

Foi feito um estudo descritivo e analítico com análise retrospectiva dos processos eletrónicos da consulta de andrologia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental entre 1 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2016.

Foram incluídas todas as consultas de primeira vez referenciadas sem avaliação prévia em andrologia e feitas por pacientes acima de 16 anos. Foram excluídos os doentes sem registo clínico informático ou sem *follow-up*.

Definiram-se como variáveis: a idade, a origem de referência (cuidados de saúde primários ou hospitalares), o motivo de referência, a duração dos sintomas, os factores de risco cardiovascular, a avaliação metabólica e a intervenção diagnóstica e/ou terapêutica.

O motivo de referência foi definido como o sinal ou sintoma mencionado no pedido de referência pelo médico referenciador. A avaliação dos factores de risco cardiovascular (hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo, obesidade, evento cardiovascular maior prévio – acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio ou disritmia) foi determinada com base nos

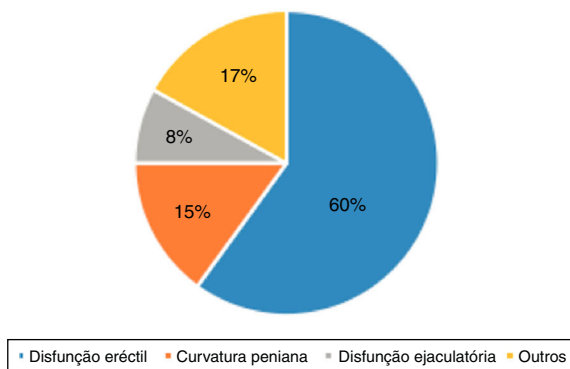


Figura 1 Motivos de referenciação.

Tabela 1 Distribuição da população por número de factores de risco cardiovascular identificados (FRCV – factores de risco cardiovascular)

Número de FRCV	n (%)
0	51 (53,7%)
1	22 (23,1%)
2	14 (14,8%)
3 ou +	8 (8,4%)

diagnósticos efetuados previamente pelos médicos referenciadores.

Na avaliação da referenciação por disfunção erétil foi considerado prova terapêutica farmacológica de primeira linha o uso de qualquer um dos inibidores da 5 fosfodiesterase disponíveis no mercado antes da consulta de andrologia. Na referenciação por ejaculação prematura, a primeira linha terapêutica foi definida pelo uso de inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) exclusivamente para esse diagnóstico.

Foi feita a avaliação estatística com os testes de χ^2 e t de Student e assumiu-se significância se $p < 0,05$.

Resultados

Foram avaliados 96 casos das 102 referenciações feitas no período definido. Desses excluíram-se sete por referenciação inadequada.

A média etária foi de 51 anos (16-79); 32% das consultas foram feitas em 2014. Cerca de 70% das referenciações provieram dos cuidados de saúde primários.

A distribuição dos motivos de referenciação pode ser observada na [figura 1](#), a média do tempo de duração dos sintomas foi de 23,7 meses, sem diferença significativa entre a referenciação hospitalar ou extra-hospitalar ($p > 0,05$). O reduzido número de casos relacionados com a fertilidade masculina pode ser explicado pela inexistência de uma unidade de reprodução medicamente assistida neste centro hospitalar.

Avaliamos o perfil cardiovascular dos doentes referenciados e constatamos que cerca de metade tinha um ou mais factores de risco e 32,3% eram fumadores ativos. As [tabelas 1 e 2](#) resumem o perfil cardiovascular da população estudada de acordo com os critérios de Princeton III.

Tabela 2 Incidência dos diferentes factores de risco cardiovascular (FRCV) na população total e na população de doentes referenciados por disfunção erétil (evento CV – evento cardiovascular maior)

FRCV	Total	Disfunção erétil
DM	17,9%	27%
HTA	39%	52,5%
Dislipidemia	19%	27%
Fumadores	30%	47%
Evento CV	12%	19%

Dos doentes referenciados por disfunção erétil ou curvatura peniana, 36% revelaram comorbilidades sexuais, isto é, mais do que um sintoma sexual além do motivo inicial, sem diferenças entre os grupos de referenciação hospitalar ou dos cuidados de saúde primários ($p > 0,05$). De referir que o grupo de doentes referenciado por curvatura peniana revelou mais sintomas além do motivo de referenciação quando comparado com os outros grupos ($p < 0,05$).

A taxa de abandono da consulta foi de 14% e 19% dos doentes tiveram alta da consulta no período analisado.

Doentes referenciados por disfunção erétil

A média etária foi de 55,7 anos (26-79), com 35,6% sem factores de risco cardiovasculares e 28,5%, 23,2% e 12,5% com um, dois ou três factores de risco identificados. Cerca de 40% dos doentes não tinham estudo metabólico recente no momento da avaliação andrológica, essa proporção foi superior no grupo de doentes provenientes da referenciação hospitalar ($p < 0,05$).

Nessa população apenas 27% haviam feito prova terapêutica com um inibidor da 5 fosfodiesterase antes da avaliação andrológica, a proporção foi superior nos doentes referenciados do meio hospitalar ($p < 0,05$).

Após avaliação em consulta, 3% melhoraram dos seus sintomas com o aprimoramento da terapêutica anti-hipertensora; 40% dos doentes fizeram teste de injeção intracavernosa de fármaco vasoativo com alprostadil e eco-doppler peniano, obtiveram uma taxa de resposta de 86% (definida pela rigidez que o utente considera adequada para penetração).

Doentes referenciados por ejaculação prematura

A média de idades no grupo de doentes referenciado por disfunção ejaculatória foi de 34 anos ($n = 7$; 18-63). Metade dos doentes já havia feito técnicas comportamentais de *start and stop* e/ou uso de preservativo com retardante. Nenhum doente havia testado terapêutica farmacológica.

Discussão

A referenciação direta para a consulta de andrologia permite a orientação de casos refratários a terapêuticas de primeira linha ou de condições patológicas raras para uma consulta especificamente dirigida para as problemáticas da sexualidade e da infertilidade masculina. De notar que o

período analisado corresponde ao início da existência dessa consulta organizada no centro hospitalar com referênciação eletrônica e registos de consulta informatizados. Essa análise corresponde a apenas um período de dois anos, foi observado um aumento numérico da referênciação entre o primeiro e o segundo ano, consequência provável de um maior conhecimento da sua existência por parte das entidades referenciadoras.

A distribuição dos motivos de referênciação mostra um predomínio de disfunção erétil e de curvatura peniana adquirida. A baixa prevalência de doentes referenciados por ejaculação prematura não vai ao encontro dos dados epidemiológicos sobre prevalência de disfunção sexual¹⁻³. Isso pode refletir ainda uma reduzida valorização dessa problemática da resposta sexual na população médica.

Os cuidados de saúde primários são frequentemente o primeiro contacto de qualquer doente com os cuidados de saúde. Os profissionais que o constituem podem reconhecer e diagnosticar disfunções sexuais, promover comportamentos saudáveis e alertar para o envolvimento do doente no tratamento numa fase precoce⁹. São também esses os profissionais que acompanham o doente ao longo da sua vida, muitas vezes têm uma relação médico-doente duradora.

A abordagem de problemas sexuais é fulcral na intervenção médica por vários motivos: a sua elevada prevalência (e pelo impacto na qualidade de vida é essencial ser identificada e tratada)^{3,10}, a possível associação desse tipo de patologia com outras doenças (nomeadamente cardiovasculares, endócrinas ou psiquiátricas)^{11,12} e a importância da saúde sexual, reconhecida pela OMS, como um direito humano transversal a todos os indivíduos¹³. Vários estudos demonstraram que a abordagem desse tipo de sintomas pode ser insuficiente nos cuidados de saúde primários. Ribeiro et al.⁷ demonstraram que apenas 15,5% dos médicos de cuidados de saúde primários questionavam ativamente os seus doentes em relação a possíveis sinais de disfunção sexual, a disfunção erétil era a mais relevada. Wimberly et al.¹⁴ relatam taxas de 55% para averiguação de sintomas sexuais na realidade dos cuidados de saúde primários americanos. Ainda que nessa série o principal motivo de referênciação seja a disfunção erétil, é de salientar que cerca de 36% dos doentes referiram outras alterações sexuais além do motivo principal, mostraram uma janela de intervenção não explorada previamente à avaliação andrológica. Colocam-se diversos motivos para explicar esse fenómeno como a existência de pouco tempo de consulta, a falta de preparação sentida pelo médico ou mesmo o não uso de recomendações clínicas para o diagnóstico e o tratamento de disfunções sexuais^{7,8}.

Na análise do grupo de doentes referenciados por disfunção erétil, quase dois terços da população tinham sinalizado pelo menos um factor de risco cardiovascular. A associação da doença cardiovascular com disfunção erétil é já conhecida, a disfunção erétil é um factor de risco conhecido para eventos cardiovasculares¹⁵. Como esse é um grupo de doentes referenciados, faz sentido que exista esse número elevado de casos com múltiplos factores de risco cardiovascular. A avaliação do perfil metabólico e de outros factores de risco cardiovascular é atualmente recomendável nessa população^{7,16}. No entanto, 40% da amostra não tinham estudo metabólico atualizado no momento da referênciação. A diferença significativa entre os cuidados

de saúde primários e hospitalares não é surpreendente, uma vez que nos cuidados de saúde primários é padronizada a vigilância e o controlo dos factores de risco cardiovascular¹⁷. No entanto, não deixa de ser importante salientar que uma percentagem significativa dos casos referenciados nesse contexto não tinha a avaliação atualizada, o que demonstra um ponto de melhoria no processo de referênciação.

A terapêutica de primeira linha para a disfunção erétil está contemplada em vários normogramas e *guidelines*, mas poucos doentes (27%) foram referenciados já com a prova terapêutica feita. Não foram encontrados estudos sobre essa questão nos cuidados de saúde, no entanto é de salientar que em alguns países o uso desse grupo farmacológico nos cuidados de saúde primários só foi desbloqueado há alguns anos (facto que não acontece em Portugal). A ausência de teste farmacológico prévio à consulta de andrologia adia uma possível solução, torna-a dependente da avaliação na consulta de andrologia desnecessariamente e acrescenta uma morosidade com provável repercussão na resolução do problema sexual.

A destacar que alguns casos de disfunção erétil tinham como provável etiologia a medicação anti-hipertensiva (8%), que foi solucionada com a revisão da terapêutica. Essa é uma área de intervenção clássica dos cuidados de saúde primários que deve ser sempre ponderada previamente à referênciação.

Em relação ao grupo de doentes com ejaculação prematura, é notório o baixo número de casos. Apesar da sua prevalência ser muito dependente das definições usadas, essa não deixa de ser uma das disfunções sexuais mais prevalentes (entre 20 e 30%)^{3,4}. Alguns estudos já demonstraram que existe uma diferença entre a incidência na população e a incidência nos doentes que recorrem aos cuidados de saúde^{18,19}. A explicação para esse fenómeno pode ir além de aspetos clínicos e passar por questões culturais, emocionais ou relacionais²⁰. Estudos sobre a experiência de urologistas com essa patologia demonstram que cerca de dois terços dos urologistas vêm menos de um caso por semana²¹ ou em algumas circunstâncias menos de dois casos por semana²². Assim, o baixo número de doentes referenciados está de acordo com o descrito na literatura.

Na avaliação da abordagem terapêutica dessa patologia nos doentes referenciados, é relevante destacar o não uso de terapêutica farmacológica. A árvore de decisão terapêutica tem sido alvo de algumas alterações nos últimos anos, nomeadamente com a introdução de novos inibidores da recaptção da serotonina²³. Apesar de ainda ser questionável a verdadeira eficácia das técnicas comportamentais²⁴, essas continuam a ser uma das abordagens de primeira linha nesses doentes, já que podem aumentar a autoconfiança, diminuir a ansiedade associada ao ato sexual, resolver problemas relacionais e facilitar a comunicação no casal²⁵. Na nossa amostra a maioria dos doentes foi referenciada já com essas técnicas testadas, o que demonstra uma correcta aplicação de estratégias terapêuticas de primeira linha previamente à referênciação hospitalar. No entanto, a introdução de fármacos nesse contexto não havia sido feita em quaisquer dos indivíduos referenciados.

Em relação aos doentes com curvatura peniana adquirida, é importante destacar que esse foi um motivo frequente de referênciação. Apesar de ser uma patologia com uma

incidência que se estima aproximar-se dos 5%²⁶, existem alguns estudos que revelaram que continua a ser uma patologia subestimada nos cuidados de saúde primários²⁷. No entanto, é de destacar o número elevado na nossa série.

Como limitações deste trabalho temos a referir que se trata de um estudo retrospectivo de um único centro, com referenciação limitada à área de influência local e com uma dimensão reduzida. Tratou-se ainda de uma avaliação baseada em avaliações feitas pelos clínicos referenciadores, sem recurso a questionários psicométricos validados para a população portuguesa no âmbito da avaliação diagnóstica de disfunção sexual, como o IIEF, o IIEF-5 ou a NSSS.

No entanto, é de salientar que se trata da primeira avaliação desse género em Portugal e que permitiu inferir alguns pontos de melhoria na referenciação e nos mecanismos de ligação entre os cuidados de saúde primários e secundários e um aprimoramento dos recursos e da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população.

Conclusão

A disfunção erétil constituiu o principal motivo de referenciação para a consulta de andrologia, destaca-se a alta prevalência de doentes com factores de risco cardiovascular. A existência de alguns doentes sem avaliação metabólica recente ou teste farmacológico de primeira linha constitui ponto de melhoria nesse tipo de referenciação. A contínua monitoração e avaliação da ligação entre essas realidades do sistema de saúde é essencial para obter os melhores resultados.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se fizeram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

- Nobre P, Gomes A. Prevalence of sexual problems in Portugal: Results of a population-based study using a stratified sample of men aged 18 to 70 years. *J Sex Res.* 2014;51:13–21.
- Hatzimouratidis K, Eardley I, Giuliano F, Moncada I, Salonia A. Male Sexual Dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *EAU.* 2014.
- Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T, GSSAB Investigators' Group. *Int J Impot Res.* 2005;17:39–57.
- Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *Eur Urol.* 2007;51:816–23.
- Chew KK, Finn J, Stuckey B, Gibson N, Sanfilippo F, Bremner A, et al. Erectile dysfunction as predictor for subsequent atherosclerotic cardiovascular events: findings from a linked-data study. *J Sex Med.* 2010;7:192–202.
- Nehra A, Jackson G, Miner M, Billups KL, Burnett AL, Buvat J, et al. The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc.* 2012;87:766–78.
- Ribeiro S, Alrcão V, Simões R, Miranda F, Carreira M, Galvão-Teles A. General Practitioners' procedures for sexual history taking and treating sexual dysfunction in primary care. *J Sex Med.* 2014;11:386–93.
- Alarcão V, Ribeiro S, Miranda F, Carreira M, Dias T, Costa J, et al. General Practitioners Knowledge, attitudes, beliefs, and practices in the management of sexual dysfunction – results of the Portuguese SEXOS study. *J Sex Med.* 2012;9:2508–15.
- aaafp.org American Academy of Family Physicians. Definition of Primary Care. Disponível em: <http://www.aaafp.org/about/policies/all/primary-care.html>. (consultado maio 2017)
- Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED Jr, Paik A, Gingell C. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology.* 2004;64:991–7.
- Shrestha R, Segraves RT. Diagnosis epidemiology and course of sexual disorders. In: Balon R, Segraves RT, editors. *Clinical manual of sexual disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc; 2009. p. 3–21.
- Stevenson R, Elliott S. Sexual disorders with co-morbid psychiatric or physical illness. In: Balon R, Segraves RT, editors. *Clinical manual of sexual disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc; 2009. p. 59–94.
- Rowen T, Stein S, Tepper M. Sexual health care for people with physical disabilities. *J Sex med.* 2015;12:584–9.
- Winberly Y, Hogben M, Moore-Ruffin J, Moore S, Fry-Johnson Y. Sexual history taking among primary care physicians. *J Natl Med Assoc.* 2006;98:1924–9.
- Kostis J, Jackson G, Rosen R, Barrett-Connor E, Billups K, Burnett AL, et al. Sexual dysfunction and cardiac risk (the Second Princeton Consensus Conference). *Am J Cardiol.* 2005;96:313–21.
- Souza C, Cardoso F, Silveira R, Martins C. Abordagem pelo cardiologista na actividade sexual do doente com doença arterial coronária. *Acta Méd Port.* 2011;24:249–54.
- DGS.pt. Lisboa, Direcção Geral de Saúde; [consultado abril 2017]. Disponível em www.dgs.pt/directrizes-da-dgs.
- Zhang X, Gao J, Liu J, Yip PS. Distribution and factors associated with four premature ejaculation syndromes in out-patients complaining of ejaculating prematurely. *J Sex Med.* 2013;10:1603–11.
- Serefoglu EC, Cimen HI, Atmaca AF, Balbay MD. The distribution of patients who seek treatment for the complaint of ejaculating prematurely according to the four premature. ejaculation syndromes. *J Sex Med.* 2010;7:810–5.
- Papaharitou S, Athanasiadis L, Nakopoulou E, Kirana P, Portseli A, Iraklidou M, et al. Erectile dysfunction and premature ejaculation are the most frequently self-reported sexual concerns: Profiles of 9,536 men calling a Helpline. *Eur Urol.* 2006;49:557–63.
- Shindel A, Nelson C, Branders S. Urologist practice patterns in the management of premature ejaculation: A nationwide story. *J Sex Med.* 2008;5:199–205.
- Yang DY, Ko K, Lee WK, Park HJ, Lee SW, Moon KH, et al. Urologist's practice patterns including surgical tre-

- atment in the management of premature ejaculation: A Korean nationwide survey. *World J Mens Health*. 2013;31: 226–31.
23. Hisasue S. The drug treatment of premature ejaculation. *Transl Androl Urol*. 2016;5:482–6.
 24. Melnik T, Althof S, Atllah ÁN, Puga M, Glina S, Riera R. Psychosocial interventions for premature ejaculation (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;10. CD 008195.
 25. Althof S. Psychological treatment strategies for rapid ejaculation: rationale, practical aspects, and outcome. *World J Urol*. 2005;23:89–92.
 26. Bella A, Perelman M, Brant W, Lue T. Peyronie's disease. *J Sex Med*. 2007;4:1527–38.
 27. LaRochelle J, Laurence A, Levine M. A survey of primary-care physicians and urologists regarding Peyronie's disease. *J Sex Med*. 2007;4:1167–73.