

Erektilní dysfunkce z pohledu sexuologa

MUDr. Pavel Turčan

Ordinace sexuologie a andrologie, Centrum MEDIOL s. r. o., Olomouc

S erektilní dysfunkcí se v ordinaci setkáváme čím dál častěji. Jejím včasným odhalením můžeme pomoci odhalit i řadu kardiovaskulárních onemocnění a aterosklerózy. ED může mít příčiny organické, psychogenní a smíšené a k její diagnostice je nutné přistupovat komplexně. Důležité je se při vyšetření pacienta zaměřit na pečlivou anamnézu s přihlédnutím na výskyt rizikových faktorů, farmakologickou anamnézu a na fyzikální vyšetření. Vhodnou pomůckou nám mohou být i dotazníkové metody. Ze základních laboratorních metod se doporučuje stanovení glykemie, vyšetření lipidového spektra, testosteronu a prolaktinu. Metodu první volby v terapii ED představují PDE5 inhibitory, ostatní metody jsou využívány méně. Zaměřit se na odhalení ED a případně její diagnostiku a léčbu je cesta ke spokojenosti a zdraví našich pacientů.

Klíčová slova: erektilní dysfunkce, erekce, inhibitory PDE5, diagnostika, léčba, spokojenost.

Erectile dysfunction from a sexologist view

We have been getting in contact with erectile dysfunction more and more often in our office recently. Its early detection can help us recognize a number of subsequent cardiovascular and atherosclerotic disorders at the same time. The origin of ED can be organic, psychogenic or mixed, and to diagnose such a disorder we have to look at things in a complex way. It is very important, while examining the patient, to concentrate on taking very detailed medical history including risk factors, pharmacologic history, and good physical examination. A good way of getting suitable informations are questionnaire methods. From the basic laboratory methods we recommend taking blood glucose level, lipid profile, testosterone and prolactin level. The method of first choice in therapy represent PDE5 inhibitors, the other methods are utilized less. Focusing on revealing ED and its early diagnosis and treatment is a way to satisfaction and health of our patients.

Key words: erectile dysfunction, erection, PDE5 inhibitors, diagnostics, treatment, satisfactions.

Med. praxi 2011; 8(6): 288–292

Úvod

Erektilní dysfunkce (ED) postihuje poměrně hodně mužů a zdá se, jakoby problémů s ní spojených spíše přibývalo. Ve skutečnosti se ale až o takový nárůst nejedná, spíše se lidé o ní méně bojí mluvit a dokážou se lékaři svěřit. Když se zpětně podívám na zastoupení pacientů v naší sexuologické ordinaci, zjišťuji, že většina žen se k nám dostala na doporučení někoho, komu se se svým problémem svěřila, nejčastěji se jednalo o gynekologa, praktického lékaře nebo kamarádka. V mužské části populace je to poněkud jinak. Muži nejčastěji naši pomoc vyhledají přímo, většinou si kontakt na nás najdou na internetu sami. Na druhém místě jsou k nám odesílání právě praktickými lékaři, i když v podstatně menším procentu, než je tomu u žen. Bohužel poměrně často se i v dnešní době setkávám s tím, že někteří praktičtí lékaři uvádí, že se jim pacienti s podobnou problematikou nesvěřují, nebo že v jejich skupině pacientů je to spíše problém vzácnější. Přitom by možná stačilo jen několik vhodně formulovaných dotazů ze strany lékaře a situace je rázem jiná. Někdy totiž pouze nevíme, jak se pacientů na toto choulostivé téma zeptat, a/nebo máme obavu, že problém nebudeme umět řešit, a tak nám spíše tato si-

tuace i vyhovuje. Není nutné umět vše vyřešit sám, zvláště když máme i možnosti využít specializovanou péči v dané problematice. Pokud najdeme odvahu a pacienty vhodně oslovíme, určitě tím výrazně přispějeme k jejich zdraví a spokojenosti.

Výskyt ED a dělení příčin ED

Erektilní dysfunkce postihuje poměrně značnou část mužů. Její výskyt je stoupající hlavně s věkem. Ve skupině od 20 let postihuje v USA zhruba 18 % mužů, ve věkové kategorii 40–70 let je to 52 % a z toho mezi 60–70 lety až 67 % mužské populace (1). Jednorázové selhání erekce nelze považovat za erektilní dysfunkci. V definici ED se uvádí, že ED je trvalá neschopnost dosáhnout a udržet erekci umožňující uspokojivý sexuální styk, minimálně po dobu šesti měsíců (2).

Poruchy erekce obvykle dělíme na psychogenní, organické a na smíšené (3). Organické příčiny rozlišujeme vaskulární, neurogenní, anatomické a endokrinní, psychogenní příčiny dělíme na typ situační a generalizovaný. Situační příčiny mohou být ve vztahu k partnerovi, ve vztahu k situaci a ve vztahu ke konfliktu. Generalizovaný typ může pramenit z nedostatku libida, z generalizovaných zábran, včetně

chronické poruchy intimních vztahů (4). Jako gynekolog a sexuolog se v praxi setkávám i se zvláštní psychogenní příčinou ED v rámci léčby sterility páru, zvláště páru podstupujícího některou z metod asistované reprodukce. Je to jeden z mála příkladů, kde se dá uvažovat prakticky o čisté psychogenní příčině ED. V ostatních případech je dělení příčin spíše didaktické a zjednodušující. Psychogenní složka příčiny ED se jinak vykytuje prakticky vždy, i u organicky podmíněných poruch. Vzniklá situace totiž pacienta zneklidňuje a při každém dalším pokusu o úspěšný koitus již předem navozuje obavu ze selhání a snahu soustředit se na lepší výkon, což danou situaci ještě více zhoršuje a pacient se tak dostává do bludného kruhu (5). Za nejčastější psychogenní příčinu ED jsou považovány deprese (4).

Diagnostika ED

ED je typickým příkladem multifaktoriálních poruch, a proto její diagnostika vyžaduje komplexní přístup. Praktický lékař má obvykle o pacientovi nejkompaktnější a souhrnné informace, přehled o všech jeho medikacích, a proto může významně přispět nejen ke včasné diagnostice ED, ale i k jejímu úspěšnému

Tabulka 1. Dotazník IIEF – 5 (pro určení stupně ED/erektilní dysfunkce)

1. Jak by jste hodnotil svou důvěru v možnost dosažení a udržení erekce?		Velmi nízká 1	Nízká 2	Střední 3	Vysoká 4	Absolutní 5
2. Pokud u vás došlo při sexuální stimulaci k erekci, jak často byla dostatečná k penetraci (pohlavnímu styku)?	Neměl jsem žádnou sexuální aktivitu 0	Téměř nikdy/nikdy 1	Jen ojediněle (v méně než polovině případů) 2	Občas (zhruba v polovině případů) 3	Většinou (více než v polovině případů) 4	Téměř vždy/vždy 5
3. Pokud u vás došlo k pohlavnímu styku, jak často jste byl schopen udržet erekci i po penetraci (zavedení penisu do pochvy)?	Žádný pokus o penetraci 0	Téměř nikdy/nikdy 1	Jen ojediněle (v méně než polovině případů) 2	Občas (zhruba v polovině případů) 3	Většinou (více než v polovině případů) 4	Téměř vždy/vždy 5
4. Pokud došlo k pohlavnímu styku, jak obtížné bylo udržet erekci po celou dobu až do jeho ukončení (do ejakulace)?	Žádný pokus o penetraci 0	Mimořádně obtížné 1	Velmi obtížné 2	Obtížné 3	Nepříliš obtížné 4	Snadné 5
5. Pokud jste se pokusil o pohlavní styk, jak často byl pro vás uspokojivý?	Žádný pokus o pohlavní styk 0	Téměř nikdy/nikdy 1	Jen ojediněle (v méně než polovině případů) 2	Občas (zhruba v polovině případů) 3	Většinou (více než v polovině případů) 4	Téměř vždy/vždy 5
Pokud je skóre ≤ 21, mohlo by se jednat o určitý stupeň ED						

Tabulka 2. PDE5 inhibitory

Účinná látka	Sildenafil	Tadalafil	Vardenafil
Mechanismus účinku	Inhibice PDE5 a PDE6 – lokální	Inhibice PDE5 a PDE11 – lokální	Inhibice PDE5 a PDE6 – lokální
Podání	p.o.	p.o.	p.o.
Účinnost	82 %	81 %	80–92 %
Doba nástupu účinku	12 až 37 min.	30 min až 2 hod.	15 až 30 min.
Doba trvání účinku	3,5–5 (až 8) hod.	24–36 hod.	4–5 hod.
Intervaly mezi dávkami	1x za 24 hod	10 a 20 mg dle potřeby, ne každý den 5 mg každodenně	1x za 24 hod.
Dávka	25, 50 a 100 mg	5 mg – každodenní užívání 10 a 20 mg	10 a 20 mg
Nežádoucí účinky	Bolest hlavy Zčervenání Dyspepsie Kongesce nosní sliznice Změny barevného vidění	Bolest hlavy Zčervenání Dyspepsie Kongesce nosní sliznice Bolesti v zádech	Bolest hlavy Zčervenání Dyspepsie Kongesce nosní sliznice Změny barevného vidění

vyřešení (6). Základem diagnostiky je anamnéza, zvláště zaměřená na výskyt rizikových faktorů (hypertenze, diabetes mellitus, kouření, chronická obstrukční bronchopulmonální nemoc, benigní hyperplazie prostaty, kardiovaskulární onemocnění, vzrůstající index tělesné hmotnosti a zvyšující se věk) a řada fyzikálních vyšetření (7). Kromě sledování výše uvedených rizikových faktorů se v anamnéze zaměřujeme i na odhalení abúzu alkoholu, případně jiných návykových látek, odhalení larvované nebo počínající deprese, na úrazy a chirurgické výkony v oblasti malé pánve, na výskyt systémových neurologických poruch, např. epilepsie a roztroušené sklerózy. Důležité je cíleně zavést rozhovor s pacientem i na sexuální funkci. Pacienti často neví, jestli s lékařem mohou o potížích s erekcí mluvit nebo se stydí na problém zeptat. Cílené dotazy ze strany lékaře jsou vhodnou formou, jak tento ostych prolomit (8). Včasným rozpoznáním potíží s erekcí můžeme například napomoci i včasnému odhalení kardiovaskulárních chorob

a aterosklerózy (9). Zvláště významné je zhodnocení farmakologické anamnézy. ED může být totiž navozena i v důsledku farmakoterapie, jako vedlejší účinek, například při léčbě beta blokátory (atenolol, metoprolol, propranolol), ACE inhibitory (lisinopril), diuretiky (spironolacton, acetazolamid), psychofarmaky (tricyklická antidepresiva, SSRI, MAO inhibitory), regulátory lipidů (gemfibrozil, clofibrate) a dalšími léky. Vhodnou změnou medikace můžeme pacienta potíží s ED poměrně snadno zbavit a dopřát mu větší spokojenost v sexuálním životě (4, 10). V rámci diagnostiky příčin ED by měl být každý pacient vyšetřen s ohledem na stav urogenitálního, endokrinního a neurologického systému. Při vyšetření se zaměřujeme na velikost a tvar penisu, objem, pružnost a tuhost varlat, na přítomnost rezistence nebo jiných nepravidlostí, např. přítomnost varikokély. V rámci prevence by mělo být u všech mužů nad 50 let provedeno palpační vyšetření prostaty per rektum, kterému by měl předcházet odběr krve

na specifický prostatický antigen – PSA. U mužů s ED by prostata měla být vyšetřena vždy, bez ohledu na věk pacienta. Vhodnou pomůckou pro screening a diagnostiku ED jsou i speciální dotazníky, které může pacient vyplnit v klidu doma již před kontrolou u lékaře. Nejznámější a nejčastěji používaný je zkrácená verze dotazníku IIEF (International Index for Erectile Function) – tzv. IIEF-5 (tabulka 1) (11). V rámci diagnostiky ED někteří autoři doporučují tzv. diagnostické minimum a rozšířenou diagnostiku (4). Součástí minima by měla být již zmiňovaná důkladná anamnéza, případně doplněná dotazníky, již zmiňované fyzikální vyšetření, včetně vyšetření per rectum a některá laboratorní vyšetření – například glykemie a lipidového spektra, někdy je vhodné doplnit i kultivační mikrobiologické vyšetření. Vhodné je i vyšetření krevních hladin testosteronu a prolaktinu, případně dalších hormonů. Součástí anamnézy by měli být i cílené dotazy na výskyt ranních a nočních erekcí, jejich frekvenci a pevnost.

Diagnostické minimum je sestaveno tak, že jej může provést každý praktický lékař v rámci preventivní prohlídky pacienta, bez většího finančního zatížení nákladů na indukovanou péči. Tzv. rozšířenou diagnostiku ED již provádí specializovaná pracoviště – sexuologie, andrologie, urologie.

Její součástí je například diagnostika stavu cév penisu, zvláště u pacienta s uměle navozenou erekcí aplikací prostaglandinu E1 do erektilní tkáně. Je možné využít Dopplerowské vyšetření cév s barevným znázorněním, pletyzmografii na penisu, falopletyzmografii (může nám ukázat jak na míru vzrůstivosti, tak i na funkčnost cév, případně i na jinou příčinu ED – přítomnost parafílie, menšinové sexuální orientace apod.). V některých případech je vhodná i spolupráce s endokrinologem, diabetologem, neurologem a dalšími odborníky (12).

Léčba ED

Terapeutické možnosti ED dnes dělíme v souladu s nejnovějšími poznatky do tří skupin. První skupinu, tzv. léčbu první volby, tvoří perorální farmakoterapie ED, psychosexuální terapie a využití podtlakových erekčních přístrojů. Z farmak na podporu erekce jsou dnes metodou první volby inhibitory enzymu 5-fosfodiesterázy (PDE-5). Zde je nutné respektovat kontraindikace. Neměly by být podávány mužům, užívajícím nitráty. Jedná se prakticky i jedinou absolutní kontraindikaci. Tyto pacienty je možné případně převést na jinou antianginózní terapii, například trimetazidin (2). Z této skupiny jsou v současnosti na trhu léčiva s účinnými látkami sildenafil, tadalafil a vardenafil, které může předepisovat i praktický lékař.

Léky z této skupiny selektivně blokují PDE-5, což vede k prodloužení biologického poločasu cAMP a tím dochází ke zvýšení hladiny cAMP v corpora cavernosa. To usnadňuje relaxaci trabakul hladkých svalových vláken v kavernózních tělesech penisu. Za pomoci zjednodušeně popsaného mechanismu dochází ke zvýšení přítoku krve a k erekci. Pro jejich plný účinek je nutné sexuální vzrušení a stimulace, při kterých dochází k uvolnění oxidu dusnatého v endotelu penisu a k aktivaci enzymu guanylátcyklázy. Samotné užití PDE-5 inhibitorů tedy erekci nevyvolává, pouze ji usnadňuje (13). Srovnání jednotlivých přípravků uvádíme v tabulce 2.

Další přípravky podporující erekci se v dnešní době doporučují používat v omezené míře a jejich účinnost je srovnatelně nižší než u předchozí

skupiny. Používá se například alkaloid Yohimbin, který způsobuje selektivní krátkodobou blokádu α_2 -adrenoreceptorů. Tento je v současnosti u nás dostupný pouze ve formě magistraliter. Z dalších léků je možné využít například některá psychofarmaka, například trazodon, bupropion, nefazodon, moklobemid a mirtazapin (14).

Léčbu druhé volby představuje skupina léků podávaných invazivní metodou, spojenou s intrakavernózní injekční aplikací vazodilátorů. V současnosti se u nás k tomuto účelu využívá lék s účinnou látkou zvanou alprostadil. Metoda se využívá u pacientů, u kterých léčba první volby selhala nebo u pacientů, kteří preferují invazivní formu aplikace. Dávka léku musí být předem vytitrována lékařem, pacient je následně zaškolen a lék užívá autoaplikací. Z tohoto důvodu je nutným předpokladem určitá manuální zručnost a motivace pacienta. Při překročení vytitrované dávky hrozí proloupaná erekce – priapismus. Prostaglandiny je možné aplikovat i intrauretrálně, ale tato forma je v České republice nedostupná.

Do poslední skupiny – léčba třetí volby – řadíme penilní implantáty, revaskularizační operace, hormonální terapii v souvislosti s poruchou erekce, popřípadě léčba alternativní, tzv. přírodní, u které v současnosti neexistují žádné relevantní doklady o její účinnosti a z lékařského hlediska je ji možné prakticky považovat za postup non lege artis (2).

Závěr a doporučení

Řešení erektilní dysfunkce ještě i v dnešní době v našich ordinacích představuje problematickou diagnózu, zvláště z důvodu nedostatečné komunikace na toto téma jak ze strany pacienta, tak ze strany lékaře. Včasný záchyt ED nám může pomoci s předstihem odhalit i řadu kardiovaskulárních onemocnění. Proto je vhodné se v rámci preventivních prohlídek mužů cíleně ptát i na spokojenost v oblasti pohlavního života a na kvalitu erekce.

Pacient často neví, jestli s lékařem může o potížích s erekcí mluvit, proto jsou cílené dotazy vhodné k prolomení bariéry v komunikaci. Při diagnostice je důležité se zaměřit na podrobnou anamnézu, stanovení rizikových faktorů, včetně farmakologické anamnézy, kdy vhodnou změnou medikace může dojít ke spontánní úpravě poruchy bez nutnosti dalšího zásahu. Základní diagnostická laboratorní vyšetření jsou až na několik drobných výjimek shodná se základními vyšetřeními při preventivních prohlídkách mužů

v ordinaci praktického lékaře. Metodou první volby jsou PDE5 inhibitory, které může předepsat i praktický lékař. Při jejich neúspěchu nebo diagnosticky složitější problematice je možné pacienta odeslat na specializovaná sexuologická, andrologická a urologická pracoviště, případně na jiná odborná vyšetření. Aktivní vyhledávání pacientů s erektilní dysfunkcí v našich praxích je jistou cestou k navázání důvěry lékaře – pacient a zároveň ke zlepšení kvality zdraví a spokojenosti našich pacientů.

Literatura

1. Selvin E, Burnett AL, Platz EA. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in the US. *Am J Med.* 2007; 120(2): 151–157.
2. Pastor Z, Zámečník L, Chaloupka V. Doporučený postup pro diagnostiku a terapii mužské erektilní dysfunkce. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2008.
3. Lue TF. Erectile dysfunction. *N Engl J Med.* 2000; 324: 1802–1813.
4. Daneš L. Erektilní dysfunkce. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2007.
5. Kockott G, Fahrnerová EM. Sexuální poruchy u muže. Trenčín: Vydavatelstvo F, 2001.
6. Beneš V. Problém erektilní dysfunkce v primární péči. In: Erektilní dysfunkce, její diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře. Ed. Kočí K. Praha: Mediforum, 2004: 3–5.
7. Študent V, Zátūra F, Mucha Z. Základy urologické andrologie. Praha: Galén, 2003.
8. Baumgartner MK, Hermanns T, Cohen A, et al. Patients' knowledge about risk factors for erectile dysfunction is poor. *J Sex Med.* 2008; 5: 2399–2404.
9. Bocchio M, Scarpelli P, Necozione S, et al. Intima – media thickening of common carotid arteries is a risk factor for severe erectile dysfunction in men with vascular risk factor but no clinical evidence of atherosclerosis. *J Urology.* 2005; 173: 526–529.
10. Breza J. Erektilní poruchy. Martin: Nakladatelstvo Osveťa, 1994.
11. Zámečník L, a kol. Praktická andrologie dospělých. Praha: Mladá Fronta, 2010.
12. Weiss P, a kol. Sexuologie. Praha: Grada, 2010.
13. Fendrich Z, Zvěřina J. Moderní trendy ve farmakoterapii poruch erekce. Vydavatelství společnosti JS Partner s.r.o. JS Press, 2005.
14. Raboch J, Jiráček R, Paclt I. Psychofarmakologie pro praxi. Praha/Kroměříž: Triton, 2007.

Článek přijat redakcí: 18. 3. 2011

Článek přijat k publikaci: 1. 4. 2011

MUDr. Pavel Turčan

Ordinace sexuologie a andrologie,
Centrum MEDIOL s. r. o.
Masarykova 11, 779 00 Olomouc
turcan@g-centrum.cz

