

Možnosti terapie předčasné ejakulace

MUDr. Luděk Daneš, CSc., prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.

Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, Praha

Předčasná ejakulace je druhou nejčastější sexuální dysfunkcí. Trápí nejen samotné pacienty, ale i jejich partnerky. Ještě nedávno byly výsledky terapie této poruchy velmi špatné. S nástupem nových psychofarmak, zejména moderních antidepresiv, se naše možnosti ovlivnění této poruchy výrazně zlepšily. V naší práci jsme se pokusili podat souhrnný přehled terapeutických možností. Lékař má na výběr biologickou léčbu či psychoterapii. Jako nejúčinnější se jeví kombinace obou, s důrazem na farmakoterapii.

Klíčová slova: prevalence předčasné ejakulace, příčiny předčasné ejakulace, terapie biologická a psychoterapie, novinky v léčbě této poruchy.

Alternatives of treatment in ejaculatio praecox

The premature or rapid ejaculation is a second most common sexual dysfunction. It creates difficulties for our patients as well as for their partners. The treatment was not very successful until the recent time. With new psychopharmacological drugs, especially with new antidepressants, are our possibilities much better. The authors provide an overview of the possible therapeutical approaches. The therapist can apply biological treatment or psychotherapy. The combination of both, with an accent on pharmacotherapy, may be the most successful.

Key words: prevalence of ejaculatio praecox, etiology, biological therapy, psychotherapy, recent news in the treatment.

Med. praxi 2013; 10(8–9): 297–299

Úvod

Předčasná ejakulace (PE) je druhou nejčastější poruchou, se kterou se setkává sexuolog ve své ordinaci. Na prvním místě je samozřejmě porucha erekce.

O častosti výskytu PE v populaci mužů jsou v různých částech světa velmi různé údaje. Ty kolísají mezi několika málo procenty až po 40 %. V Evropě je asi střední prevalence, v Africe nižší a ve východní Asii všeobecně vysoká.

Poruchy ejakulace lze zařadit do souvislosti s ostatními jevy nebo fázemi sexuální odpovědi: touha, vzrušení, orgasmus a uvolnění. Ejakulace časově spadá do čtvrté fáze, nicméně představuje autonomní část a zvláštní kognitivní a emocionální korový jev.

V posledních letech se objevilo mnoho publikací, zabývajících se touto problematikou, ze kterých je patrná nespokojenost, vyplývající ze skutečnosti, že není dosud zcela ujasněno, jak má být PE jako porucha definována. Návod na diagnostiku je uveden v MKN-10, kde se výslovně říká: „Jde o neschopnost dostatečně oddálit ejakulaci, aby mohlo dojít k uspokojení z pohlavního styku. K ejakulaci dochází před nebo do 15 sekund po začátku soulože.“ Na první pohled je zřejmé, že toto časové vymezení je těžko slučitelné s požadavkem na uspokojení z pohlavního styku. Proto řada autorů uvádí hranice, kdy se již jedná o poruchu, jednu či dvě minuty. Rozumnější než udávat časové hranice, je brát jako kritérium posuzování PE spokojenost partnerky. Průzkumy ukázaly, že většinu žen by vyhovovalo trvání soulože v rozmezí 7–10 minut. Proto styky do jedné či dvou minut málokteré partnerce vyhovují.

Tak jako u jiných sexuálních funkcí a dysfunkcí má v ejakulaci a jejich poruchách významnou úlohu nervová soustava, centrální i periferní a vegetativní. Dále hrají roli psychické vlivy, ale i mechanické příčiny, jako je třeba frenulum breve. Krátká uzdička může při nepřítomnosti fimózy vyvolávat při frikčních pohybech nadměrné dráždění nebo bolest. Odstranění uzdičky může mít tedy přínos pro pacienta a partnerský pár, byť někdy jen dočasný. Ne každý případ krátké uzdičky je spojen s vysokou dráždivostí žaludu, která by vedla nutně k PE. Proto doporučovat každému pacientu s krátkou uzdičkou chirurgický zákrok, je přinejmenším zbytečné.

Někteří autoři našli výraznou souvislost mezi chronickou prostatitidou a PE. Mezi faktory, které by mohly být v některých případech odpovědné za vyvolání PE, mohou patřit infekční záněty penisu a jiných pohlavních orgánů. Spíše se ale mluví o zánětech močové trubice, močového měchýře, semenných váčků a prostaty jako o příčinách bolestivé ejakulace a ne jako o příčinách PE. Zatím nejasný je i význam měření latenční doby bulbokavernózního reflexu.

Opakovaně se v literatuře objevuje myšlenka, že v etiologii PE hrají úlohu zároveň faktory fyzické i psychické. Léčba by se měla proto zaměřovat na stránku biologickou a zároveň i na stránku psychickou.

Terapie

V poslední době je zřejmá snaha postavit farmakologickou terapii na pevné základy podle pravidel o medicíně založené na důkazech. Co je důležitější, s rozvojem nových léčiv, zejména

moderních antidepresiv, se naše možnosti terapie předčasné ejakulace v posledních pár letech diametrálně změnila. Není to tak dávno, co jsme kromě lokálních anestetik a neuroleptik s množstvím nežádoucích účinků nic k dispozici neměli.

Možnosti terapie této poruchy lze dělit na biologickou a psychoterapeutickou léčbu.

Farmakoterapii PE lze uspořádat podle těchto skupin léků:

- antidepresiva – thymoleptika
- sedativní neuroleptikum thioridazin
- inhibitory fosfodiesterázy 5
- analgetikum tramadol
- alfa 1-blokátory

Antidepresiva

Nadějným a úspěšným směrem, jímž se farmakoterapie PE vydala, je užívání SSRI, vycházející z poznatků o tom, že PE souvisí s poruchou serotoninergní neurotransmise a v menším rozsahu s poruchou oxytocinergní transmise v ústřední nervové soustavě.

Thymoleptika III. generace jsou užívána v psychiatrii zejména jako antidepresiva. Kromě léčby deprese nacházejí uplatnění i při léčbě bulimie, sociální fobie, gamblingu a posttraumatické stresové poruchy. Antidepresiva II. generace se s úspěchem používají i při léčbě PE, zejména ta s účinnou látkou sertralinem nebo paroxetinem či fluoxetinem. Tyto preparáty se dobře vstřebávají po perorální aplikaci, nástup jejich účinků je rychlý a mají relativně dlouhý poločas. Důležité je, že nesnižují vigilitu a nemají celkem žádné významné nežádoucí účinky.

Soudilo se, že jednorázové užití podle potřeby nebude mít tak dobrý účinek, tj. že nebude tak dobře zpozdžovat ejakulaci, jako tomu je při každodenním podávání. Nicméně se ukázalo, že podání nového SSRI dapoxetinu jednu až tři hodiny před souloží dobrý efekt má. Tento lék nebyl nikdy zamýšlený jako chronicky užívaný, ale jako lék podle potřeby. Umožňuje to jeho farmakokinetický profil, rychlý nástup a účinnost již při první dávce. Dle některých studií je vrchol koncentrace léku v plazmě asi za hodinu po podání, do 24 hodin byl pokles koncentrace asi na 5 %. Nebyly pozorovány žádné závažné nežádoucí účinky. Kombinace s inhibitory PE-5 nevede též k žádným nežádoucím účinkům. Většinou byly podávány dávky 30 mg nebo 60 mg dapoxetinu 1–3 hodiny před koitem. Šlo tedy o ekonomické podávání léku jen podle potřeby s velmi dobrým účinkem a minimálními vedlejšími nežádoucími účinky. V srpnu letošního roku byl tento preparát uveden na trh i v ČR pod firemním názvem Priligy jako první lék schválený přímo v této indikaci.

Nadějně vypadají i výsledky studií s antidepresivem duloxetinem. Jedná se o kombinovaný inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Slabě inhibuje i zpětné vychytávání dopaminu.

Sedativní neuroleptika

Sedativní neuroleptikum thioridazin byl oblíbeným prostředkem při léčbě PE. Uplatňoval se na potlačení ejakulace svým ganglioplegickým účinkem. Thioridazin se již nevyrábí a ani ostatní sedativní neuroleptika již nejsou považována za vhodný lék pro své nežádoucí účinky.

Inhibitory PDE-5

Tyto preparáty se osvědčily zejména pro terapii erektilních dysfunkcí. Účinek na potlačení ejakulace je u těchto preparátů sporný, nicméně pacienti po PDE-5 inhibitech uváděli častěji zvýšenou kontrolu ejakulace, sebedůvěru a zlepšení povšechného sexuálního uspokojení. Měli také sníženou postejakulační erektilní refrakterní fázi.

PE bývá často u téhož pacienta spojena s poruchou erekce. Tam je vždy nutno dát přednost léčbě erektilní dysfunkce jako prvnímu kroku před léčbou PE. Obojí řešit současně většinou nejde.

Analgetika

Zvláštní přístup k léčbě PE představují pokusy s užíváním tramadolu. Tramadol hydrochloridum je silné syntetické analgetikum, o němž se předpokládá, že se částečně váže na opiodní

receptory a navíc má ještě jiný mechanismus účinku. Jde pravděpodobně o působení na systém zpětného vychytávání noradrenalinu a serotoninu v centrální nervové soustavě.

Někteří autoři vkládají do léčby tramadolem u PE naději a domnívají se, že by mohla přinášet méně nežádoucích účinků. Podávala se většinou dávka 25 mg tramadolu jednu až dvě hodiny před koitem. Pro hodnocení úspěšnosti tramadolové léčby není zatím dostatek přesvědčivých studií. Nežádoucí účinky tramadolu jsou při popsaném dávkování zanedbatelná nebo chybějí úplně, tak nebrání nic tomu, aby se tramadol v sexuologické léčbě PE užíval, či zatím spíše jen zkoušel.

Alfa–blokátory

Jedna turecká studie zkoušela při léčbě PE účinky terazosinu. Terazosin je lék ze skupiny alfa-blokátorů, používaný v terapii benigní hyperplazie prostaty, a to zvláště u pacientů s hypertenzí. To je zdůvodněno tím, že terazosin velmi snižuje krevní tlak již při první dávce. Terazosin účinkuje tím, že snižuje tonus svalstva pouzdra prostaty a svalstva celé prostaty. Snižuje se tím její objem, zlepšuje se vyprazdňování močového měchýře a odstraňují se nepříjemné pocity nucení na močení. Autoři při aplikaci léku vycházeli z předpokladu, že se jedná o fyziologickou terapii, neboť ejakulace je pod kontrolou sympatiky.

Místní, lokální, topická léčba anesteziujícími prostředky

Tato léčba má u PE dlouhou historii. Před desítkami let byly bez jakýchkoli farmakologických studií užívány různé komerční přípravky známé pod obecným pojmenováním Langzeitsalbe. Lokální anestetika se užívají již přes 60 let a jsou i nadále v oblibě. Jejich užitím dochází ke znecitlivění periferního nervstva. O anatomii, ani fyziologii periferních nervů na ejakulaci toho je přitom známo velice málo. V devadesátých letech získaly oblibu preparáty obsahující lidokain a prilokain. Kombinace těchto anestetik je obsažena v krému EMLA. Za vhodnou dobu aplikace krému před koitem se obvykle považuje 15 minut. Doba účinnosti, po níž se snižuje práh citlivosti a bolesti, je 1 až 2 hodiny. Někteří autoři uvádějí riziko poklesu erekce po delším působení, za které považují dobu 30–45 dnů. V sexuologické praxi ČR se používá i lokální anestetikum trimekain nebo cinchokain.

Psychoterapie

Psychika a PE spolu nepochybně souvisejí. Pacienti přicházejí kvůli psychickému problému, nikoli kvůli nedosažení časových limitů. Zejména kvůli rozladě mezi partnery, pocitu méněcennosti,

neschopnosti vyhovět přáním své partnerky, aby byla uspokojována přiměřenou délkou koitu. Čím více se muž s PE snaží o sexuální uspokojení své partnerky, tím více si uvědomuje svou bezradnost a zvyšují se jeho obavy z rozpadu vztahu.

V české odborné literatuře se sexoterapií rozumí systematická párová psychoterapie sexuálních dysfunkcí, která vychází z nácvikového postupu, vypracovaného již dříve řadou zahraničních sexuologů (především Mastersem a Johnsonovou, nověji pak Kaplanovou). Tématika psychoterapie sexuálních dysfunkcí je v české literatuře zpracována komplexně a detailně prof. Kratochvílem. Autor dělí z hlediska účinných mechanismů psychoterapii dysfunkcí na tyto dílčí přístupy: psychoterapii racionální, dynamickou, hypnoterapii a psychoterapii nácvikovou. Tam patří metoda – „STOP – START“ a stiskací metoda.

Závěr

Předčasná ejakulace je druhá nejčastější sexuální dysfunkce, se kterou se sexuologové ve svých ordinacích setkávají.

PE je porucha, která trápí nejen pacienty samotné, ale i jejich partnerky. Cílem terapie není dosáhnout nějaké časové hranice, odpovídající literárním definicím, ale prodloužení doby koitu na úroveň, která bude vyhovovat oběma partnerům.

Ještě před pár lety byly výsledky léčby této poruchy tristní. S nástupem nových farmak, zejména moderních antidepresiv typu SSRI, se výsledky léčby výrazně zlepšily.

Autoři se snažili podat ucelený přehled možností terapie předčasné ejakulace. Nejčastěji jsou používána antidepresiva SSRI, která pacient užívá denně, nezávisle na jeho sexuální aktivitě. Jedná se o terapii off label a navíc u pacientů, kteří nemají pravidelný styk, je to do jisté míry i ekonomické plýtvání. Proto se jako nadějný jeví nový preparát dapoxetin pro užívání dle potřeby. Je to první preparát vyvinutý speciálně pro terapii této poruchy. Praxe teprve ukáže, jak se osvědčí. Další medikamenty uvedené v našem přehledu jsou spíše doplňkové a lze je i navzájem kombinovat. Velmi účinnou kombinací je současně užívání antidepresiva a inhibitoru PDE-5.

Nácviková terapie je pro některé pacienty také vhodnou formou terapie, někdy opět v kombinaci s biologickým přístupem léčby.

Literatura

1. Basar MM, Erdal A, Ferhat M, et al. Terazosin in the treatment of premature ejaculation: a short term follow-up. *Internat. Urol. and Nephrol.*, 2005; 37(4): 773–777.
2. Daneš L. Předčasná ejakulace. 1. Vydání. Grada, 2011.

3. Gallo L, Perdon S, Gallo A. The role of short frenulum and the effects of frenulectomy on premature ejaculation. *J. Sex. Med.*, 2010; 7(3): 1269–1276.
4. Giuliano F, Hellstrom WJG. The pharmacological treatment of premature ejaculation. *BJU Internat.*, 2008; 102(6): 102–109.
5. Hyun JS, Kam SCh, Kwan OY. Changes of cerebral current source by audiovisual erotic stimuli in premature ejaculations patients. *J. Sex. Med.*, 2008; 5(6): 1474–14814.
6. Kolomazník M. Léčba předčasné ejakulace intermitentně podávaným sertralinem. *Psychiatrie* 2004; 8(2): 100–103.
7. Kratochvíl S. Psychoterapie sexuálních dysfunkcí. V: P. Weiss: *Sexuologie*. Grada, Praha, 2010.
8. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual inadequacy*. Little, Brown and Comp., Boston. 1970.
9. McMahon ChG, Waldinger M, Rowland D, et al. Ejaculatory disorders. In: H. Parot, J. Buvat (eds): *Standard practice in sexual medicine*. Blackwell Publishing, Massachusetts, 2006.
10. Modi NB, Dresser MJ, Simon M, et al. Single- and multiple-dose pharmacokinetics of dapoxetine hydrochloride, a novel agent for the treatment of premature ejaculation. *J. Clin. Pharm.*, 2006; 46(3): 301–309.
11. Sadeghi-Nejad H, Watson R. Premature Ejaculation: Current medical treatment and new directions (CME). *J. Sex. Med.*, 2008; 5(5): 1037–1050.
12. Shamloul R, Nashaar A. Chronic prostatitis in premature ejaculation: a cohort study in 153 men. *J. Sex. Med.*, 2006; 3(1): 150–154.
13. Waldinger MD. Male ejaculation and orgasmic disorders. In: R. Balon RT. Segraves (eds): *Handbook of sexual dysfunction*. Taylor and Francis, Boca Raton, FL. 2005.
14. Wang WF, Wang Y, Minhas S, et al. Can sildenafil treat primary premature ejaculation? A prospective clinical study. *Internat. J. Urol.*, 2007; 14(4): 331–355.
15. Weiss P, Zvěřina J. Sexuální chování obyvatelstva České republiky. 4. vydání. DEMA, Praha. 2009.
16. Zvěřina J. *Sexuologie nejen pro lékaře*. CERM, Akademické nakladatelství, Brno. 2003.

Převzato z Urol. praxi, 2013; 14(4): v textu.

Článek přijat redakcí: 5. 6. 2013

Článek přijat k publikaci: 2. 8. 2013

Autor prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou farmaceutickou firmou.

MUDr. Luděk Daneš, CSc.

*Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN
Apolinářská 447/4, 128 00 Praha 2
ludek.danes@vfn.cz*

