

Úskalí diagnostiky a léčby erektilní dysfunkce

MUDr. Taťána Šrámková, Ph.D.

Klinika traumatologie LF MU, Brno

Úrazová nemocnice, Brno

Ústav psychologie a psychosomatiky LF MU, Brno

Erektilní dysfunkce představuje častý problém českých mužů. Vzhledem k tomu, že je jedním z rizikových faktorů ischemické choroby srdeční, musíme muže trpící erektilní dysfunkcí aktivně vyhledávat a účinně léčit. Úskalí diagnostiky představuje absence komunikace na téma impotence v ordinacích praktických lékařů i specialistů, přecenení psychogenní etiologie, podcenění somatické příčiny zejména kardiovaskulárního rizika a nedocenení párového charakteru erektilní dysfunkce. Úskalí léčby spočívá v nevhodném výběru metody léčby, v nespolupracující partnerce, v nedostatečné edukaci pacienta, v produkci falešných non-respondérů perorální léčby. Non-respondérům perorální léčby nebývá nabídnuta intrakavernózní léčba injekcemi prostaglandinu E1. Dlouhodobé sledování pacientů je vedeno s cílem včasné diagnostiky kardiovaskulárních rizikových faktorů. Hlavní cíl léčby erektilní dysfunkce je spokojený sexuální život celého páru.

Klíčová slova: erektilní dysfunkce, komunikace, edukace, kardiovaskulární riziko, perorální léčba, intrakavernózní léčba.

Difficulties in diagnostics and treatment of erectile dysfunction

Erectile dysfunction is a common problem of Czech men. Erectile dysfunction is one risk factor of coronary artery disease. It is necessary that we actively seek out and effectively treat men with erectile dysfunction. Diagnosis of erectile dysfunction is complicated by the absence of communication on this topic in offices of general practitioners and specialists, overestimation of psychogenic etiology, underestimation of somatic causes, especially cardiovascular risk, and underevaluation of erectile dysfunction as a problem in partner relationship. Further, there are difficulties in therapy: choice of unsuitable therapeutic method, noncompliance of the female partner, absence of education, and production of false non-responders of oral therapy. Subsequent alternative therapy – intracavernous injection of prostaglandin E1 – is not offered to non-responders of oral therapy. The goal of long-term observation of patients with erectile dysfunction is early diagnosis of cardiovascular risk factors. The ultimate goal is a satisfactory sexual life of a couple.

Key words: erectile dysfunction, communication, education, cardiovascular risk, oral therapy, intracavernous therapy.

Prakt. lékár., 2011, 1 (1): 28–31

Úvod

Výskyt erektilní dysfunkce (ED) je častý. Podle sledování agentury STEM trpí ED 54 % českých mužů ve věku na 35 let, v celosvětovém měřítku se tento problém týká 150 milionů mužů a každého 10. muže staršího 21 let (1). Přesto se pouhá desetina z nich dostává k léčbě. Ostatním brání stud i neznalost. Víme, že erekce je barometrem mužského zdraví, ED se vyskytuje často jako první příznak závažných chorob, nejčastěji kardiovaskulárních. Dobrá sexuální funkce penisu je pro české muže a ženy důležitá, nejčastější sexuální aktivitou je vaginální soulož s frekvencí v průměru dvakrát týdně (2). To vše jsou důvody, proč muže trpící erektilní dysfunkcí aktivně vyhledávat a účinně léčit.

Úskalí diagnostiky erektilní dysfunkce Chybějící komunikace

Lékaři v ordinacích nemají tendenci zahájit rozhovor na téma erektilní dysfunkce. Pacient však očekává, že se ho na potíže s erekcí zeptá lékař, který naopak čeká první impuls k rozhovoru od nemocného. Vzniká tak komunikační bariéra. Zejména je nezastupitelná role praktického lékaře, který by se na problémy s erekcí měl ptát všech

svých mužských pacientů vždy při preventivní prohlídce, ale také všech svých rizikových pacientů, potenciálních nemocných ED. Rizikovými jsou muži trpící ICHS, cukrovkou, hypertenzí, hypercholesterolemími, aterosklerózou, nemocní po operacích v oblasti malé pánve, paraplegici, muži nemocní roztroušenou sklerózou, onkologicky nemocní, muži s hypotyreózou, hyperprolaktinemií, Peyronieovou nemocí, užívající antihypertenziva a obecně všichni nemocní starší padesáti let (3). Nezanedbatelnou skupinu tvoří nemocní s příznaky dolních močových cest (LUTS), které jsou významným rizikovým faktorem pro vznik poruch erekce (4). Role komunikace na téma ED patří i specialistům – urologům, kardiologům, diabetologům, endokrinologům, neurologům, onkologům či psychiatrům. Komunikace o možném vzniku ED by měla předcházet operační výkony v malé pánvi – př. radikální prostatektomie, operace pro kolorektální karcinomy (5, 6).

Přecenení psychogenní etiologie ED

Stále zůstává v myslích nejen praktických lékařů, ale i specialistů ono „freudovské“, že za problémy s erekcí mohou psychické problémy či konflikty. Dnes je zřejmé, že 80 % všech nemocných s ED

je organické etiologie, pouze 20 % psychogenní (3). Vodítkem nemůže být absence ranních reflexních erekcí při diferenciální diagnostické úvaze. Ty často chybějí i u nemocných s psychogenní etiologií. Volním mechanismem kontroly dokáží úzkostní nemocní aktivaci sympatiku reflexní erekci zrušit. Důležitější roli hrají spontánní noční erekce. Psychoterapeuticky působí tzv. „známkový test“ – ráno nalezený roztržený proužek lepicího papírku, který si nemocný umístil na kořen penisu, potvrzuje noční tumescenci. Alespoň občasnou ranní tumescenci popisují i nemocní s organickou etiologií ED lehkého a středního stupně. Psychogenní etiologii potvrzujeme převážně u mladých nemocných. Komplexní vyšetření nemocného s ED vedeme s cílem vyloučit organickou etiologii ED, a to i u mladých nemocných.

Podcenění somatické příčiny ED

Nemocný s ED musí být řádně vyšetřený s cílem vyloučit zejména kardiovaskulární etiologii ED. Z organických příčin ED je nejčastěji příčina vaskulární, která se objevuje v 60 % případů organické ED. Vaskulární abnormality jsou primární příčinou ED u 40 % padesátiletých mužů (7). Z vaskulárních příčin převažuje ateroskleróza

cévní stěny a porucha funkce cévního endotelu, která aterosklerózu většinou doprovází, ale může být příčinou ED i sama o sobě (8).

Ke komplexnímu vyšetření muže s ED patří základní interní vyšetření včetně pulzace periferních tepen a vyšetření prostaty per rectum, hodnotíme charakter a kvalitu ochlupení, velikost a konzistenci varlat i nadvarlat, velikost penisu, vylučujeme fimózu, frenulum breve Peyronieho chorobu či mykotický exantém na glans penis, který může být první známkou cukrovky. Měříme TK, obvod pasu, stanovíme BMI.

Z laboratorních vyšetření je doporučeno provést vyšetření hladiny glykemie, cholesterolu – celkového i jeho HDL a LDL frakce, triglyceridů, urey, kreatininu, sledujeme aktivitu transamináz. Rutinně zařazujeme vyšetření testosteronu, prolaktinu, f T4, TSH a PSA.

Muže, nositele třech a více rizikových faktorů ICHS, odesíláme k provedení bicyklové ergometrie, pokud muž pro onemocnění pohybového aparátu není schopný absolvovat bicyklovou ergometrii, doporučujeme spolu s kardiologem provedení CT koronarografie.

Při pozitivní odpovědi na zátěžový test (depresí úseku ST o více jak 2 mm) je nemocný odeslán k provedení koronarografie. Její výsledek predikuje další postup.

Podcenění kardiiovaskulárního rizika

Erektivní dysfunkce a ischemická choroba srdeční mají společný morfológický podklad a tím je dysfunkce endotelu. ED může být časný marker endoteliální dysfunkce a ICHS (9).

Pro stanovení kardiiovaskulárního rizika je nezbytný odběr anamnézy – sledování výskytu kardiiovaskulárních onemocnění v rodinné anamnéze (ICHS, srdeční infarkt, zvláště úmrtí v mladším věku, hypertenze, cukrovka, hypercholesterolemie...).

V osobní anamnéze se zaměřujeme na výskyt ICHS, hypertenze, cukrovky, hypercholesterolemie, kouření, obezity, tělesné inaktivity. Nemocného s podezřením na ICHS odesíláme k provedení bicyklové ergometrie, ultrazvuku srdce a zhodnocení celkového stavu kardiologem (8).

Podcenění párového charakteru ED

ED je „nemoc“ celého páru. U jednoho nebo obou partnerů se objevuje úzkost či strach. U ženy vede ED partnera ke vzniku sexuální dysfunkce (snížení sexuální apetence, poruchy vzrušivosti, anorgasmie či ztráta sexuální satisfakce). U žen, jejichž partneri byli pro ED léčeni I-PDE5, bylo sledováno zlepšení sexuálních funkcí (10). U párů, které nekomunikují na téma ED, může dojít k nedorozu-

mění – muž se vyhýbá sexuálnímu styku z obavy, že selže, partnerka však nabude přesvědčení, že už není přitažlivá, atraktivní, že ji muž nemá rád nebo že si našel milenkou... Není výjimkou, že se tyto partnerské svazky zbytečně rozpadnou.

Úskalí terapie ED

Nespolupracující partnerka

Předpoklad úspěšné léčby ED je motivace nemocného k léčbě. Tou je nejčastěji ztráta partnerky pro neléčenou ED a zároveň obava nového vztahu navázat nebo situace, kdy se partnerský vztah ocitl v krizi pro neléčenou ED. Úspěšná léčba ED vyžaduje podporující a kooperující partnerku, avšak může být nezávislá na účasti partnerky při návštěvách v ordinaci. Je však vhodné podnítit kooperaci partnerky např. edukačními materiály. Některé partnerky odmítají přijmout „chemický“ navozenou erekci, jiné berou ED partnera jako vhodnou záminku k ukončení sexuálního života. Pro některé motivované páry je vhodná párová psychoterapie u sexuologa nebo psychologa.

Výběr vhodné metody léčby ED

První metodou volby je moderní generace tablet inhibitorů fosfodiesterázy pát (I-PDE5). Je však nezbytné respektovat kontraindikace. K nejzákladnějším patří nepodávat I-PDE5 mužům, kteří užívají nitráty a těm, kteří trpí nízkým krevním tlakem – nižším než 90/50 mm Hg – např. paraplegici (11). Non-respondentům perorální léčby doporučujeme injekční léčbu prostaglandinu E1 (PGE1) do topografických těles. Starším mužům může být představený podtlakový přístroj k navození erekce. Non-respondérům všech uvedených metod je možno dát možnost implantace penilní endoprotézy. Cévní operace penisu jsou dnes indikovány pouze pro mladé muže po poranění pánve bez přítomných rizikových faktorů kardiiovaskulárních chorob. Injekční léčbu ani podtlakové přístroje nemůžeme doporučit nemocným majícím zavedenou antikoagulační léčbu. Úskalí injekční léčby představuje nutnost manuální zručnosti a přirozené inteligence ke zvládnutí této metody léčby (12).

Úskalí perorální léčby ED – nedostatečná edukace, absence možnosti volby

Ze současně dostupných I-PDE5 (sildenafil, tadalafil, vardenafil) se snažíme nemocnému „ušít léčbu na míru“. Řídíme se frekvencí sexuální aktivity a schopností páru načasovat sexuální aktivitu. Velmi zjednodušeně lze doporučit mužům s velmi nízkou frekvencí sexuální aktivity užití léků s kratším vylučovacím poločasem (sildenafil, vardenafil), mužům s vyšší frekvencí sexuální aktivity

případně párům, které se vídají jen o víkendech, lze doporučit tadalafil s delším vylučovacím poločasem 18 hodin. Nevadí, pokud nemocní střídají užívání sildenafilu a tadalafilu podle situace. Musíme je poučit, že tadalafil mohou užít za 24 hodin po užití sildenafilu, který naopak může být podán až za 48 hodin, pokud pacient užil tadalafil. Nízkodávkovaný tadalafil 2,5 mg nebo 5 mg lze doporučit mužům, kteří nechťejí nebo nejsou schopni svou sexuální aktivitu plánovat, chtějí být v sexu spontánní a nevadí jim denní užívání léku. Není to špatná volba, uvážíme-li protektivní vliv tadalafilu na funkci cévního endotelu H. Porst již před třemi lety na kongresu ESSM vyhlásil, že tadalafil bude „acylpyrin pro bohaté“. V rámci edukace je vhodné pacientovi všechny tři léky představit, nemocný by se měl spolupodílet na výběru léku. Stejně tak je nutná informace o načasování užití léku (v průměru jednu hodinu před stykem), o nutnosti sexuální stimulace pro nástup účinku, o možné interakci s jídlem (sildenafil) a o možných nežádoucích účincích (11, 12). Důležitá je titrace léku podle potřeby až do dávky maximální (sildenafil 100 mg, tadalafil 20 mg, vardenafil 20 mg). Následovat by měla informace o nutnosti podat zkoušený lék šest až osmkrát k zřejmému terapeutickému efektu, stejně jako informace, že intenzita nežádoucích účinků se s počtem užitým tablet snižuje.

Inhibitory PDE-5 neřeší problém předčasné ejakulace, rovněž nejsou afrodiziaka, toto musí mít na paměti především lékař, ale i nemocný.

Inhibitory PDE-5 jsou léky vysoce účinné (až 80% efekt u všech registrovaných) a bezpečné. Jejich kardiiovaskulární bezpečnost byla prokázána řadou klinických studií u pacientů s kardiiovaskulárními chorobami včetně nemocných s ischemickou chorobou srdeční (7). Žádné nepříznivé účinky na kardiiovaskulární systém nebyly zaznamenány u pacientů s těžkou ischemickou chorobou srdeční, kteří užívali sildenafil (13). Nemocní mohou bez obav užívat v kombinaci s I-PDE 5 léky k léčbě ICHS (trimetazidin – Preductal, statiny, ACE inhibitory...). U pacientů, léčících se s hypertenzí, nejsou lékové interakce běžně užívaných antihypertenziv a inhibitorů PDE 5 (8).

Chybí dohled nad léčbou

Po edukaci a prvním předpisu I-PDE 5 je vhodné pevně naplánovat termín kontroly – podle domluvy s nemocným za dva až čtyři týdny. Falešní non-respondéři jsou důsledkem chybějící titrace léku, ztráty trpělivosti a vysazení léku, který nebyl dostatečně vyzkoušený. Pokud nemocný není spokojený s efektem léčby jednoho I-PDE 5, provedeme záměnu za jiný lék téže skupiny. U diabetiků a dalších mužů s hypogonadizmem zlepší efekt léčby ED kombinace I-PDE 5 a androgenů.

Ukončení léčby ED při non-respondérství perorální léčby

Nemocným, kteří nejsou spokojeni s efektem perorální léčby, či je u nich kontraindikována, doporučujeme intrakavernózní léčbu PGE1 (prostaglandin E1). Tuto léčbu provádějí specialisté – vyžaduje odeslání motivovaného pacienta do andrologické nebo sexuologické ambulance. Intrakavernózní léčba je zahájena po edukaci a podepsání informovaného souhlasu postupnou titrací PGE1-alprostadilu v rámci ambulantních sezení, během kterých lékař vytestuje účinnou dávku PGE1, naučí nemocného přípravu autoinjekce a autoaplikaci. Nemocných vyžadujících intrakavernózní léčbu ubylo. Důvodem je na prvním místě až 80% efekt perorální léčby I-PDE 5, ale také neochota nemocných v léčbě pokračovat, pokud je tabletová léčba neúčinná. Často však praktičtí lékaři ani specialisté nemocného o možnosti jiné než perorální léčby neinformují, a to je jistě škoda.

Průběžné sledování nemocných, compliance

Nemocní s ED by měli být průběžně sledováni. Zajímá nás nejen efekt léčby a případné nežádoucí účinky léčby, ale u rizikových nemocných, kterými nemocní s ED primárně jsou, sledujeme násled-

né kardiovaskulární riziko (měření krevního tlaku, sledování BMI, laboratorní vyšetření, jednou za 3 roky provedení kontrolní bicyklové ergometrie...). Mladší věk v době objevení se ED, těžký stupeň ED, kouření, přítomnost komorbidit, nižší socioekonomický statut jsou predisponující faktory pro vznik následné akutní srdečně-cévní příhody (14). Proto pacienty s ED vedeme ke zdravému životnímu stylu, zejména k dostatečné tělesné aktivitě (třikrát týdně 20 minut při tepové frekvenci 130/min), redukci tělesné váhy, pravidelným kontrolám krevního tlaku a hladiny cholesterolu, absenci kouření cigaret, umírněnému pití alkoholu s preferencí vína (maximálně 2–3 dcl denně) a také k pravidelné sexuální aktivitě.

Literatura

1. Conti CR, Pepione CJ, Sweenwy M. Efficacy and safety of sildenafil citrate in the treatment of erectile dysfunction in patients with ischemic heart disease. *Am J Cardiol* 1999; 83: 29C–34C.
2. Weiss P, Zvěřina J. Sexuální chování v ČR – situace a trendy. Praha: Portál, 2001.
3. Breza J. Erektile poruchy. I. vyd. Martin: Osveta, 1994.
4. Zámečník L. Je možné v praxi optimalizovat léčbu u nemocných s hyperaktivním měchýřem a poruchou erekce? *Urolog. pro Praxi* 2009; 10(5): 262–263.
5. Sutory M. Erektile dysfunkce po operacích v malé pávni. Současné možnosti léčby – rehabilitace penisu. *Urolog. pro Praxi* 2009; 10(6): 328–331.

6. Sutory M. Sexuální dysfunkce u mužů po operacích kolo-
rektálního karcinomu. Novinky v prevenci a terapii. *Rozhl. Chir.* 2009; 88(6): 319–324.

7. Wagner G, Mulhall J. Pathophysiology and diagnosis of male erectile dysfunction. *BJU Int* 2001; 88(Suppl. 3): 3–10.

8. Meluzin J. Erektile dysfunkce a srdce. In: Erektile dysfunkce pod lupou. Ed. Pacík D. Plzeň: Adéla, 2005: 9–16.

9. Kloner R, Padma-Nathan H. Erectile dysfunction in patients with coronary artery disease. *Int J Impot Res.* 2005; 17(3): 209–215.

10. Dean J, Eardley I, Brock G, Longworth J, Rubio-Aurioles E. Validation and psychometric properties of the English language version of the female assessment of male erectile dysfunction detection scale (FAME). *J Sex Med* 2008; 5(Suppl. 2): 91.

11. Pohanka M, Stárka L. Medikamentózní léčba poruch erekce a její bezpečnost. *Urolog. pro Praxi* 2010; 11(1): 29–31.

12. Student V. Základy urologické andrologie. Praha: Galén, 2003.

13. Herrmann HC, Chang G, Klugherz D, Mahoney PD. Hemodynamic effects of sildenafil in men with severe coronary artery disease. *J Engl J Med* 2000; 342(22): 1622–1626.

14. Chew KK, Finn J, Stuckey B, Gibson N, Sanfilippo F, et al. Erectile dysfunction as a predictor for subsequent atherosclerotic cardiovascular events: findings from linked-data study. *J Sex Med* 2010; 7: 192–202.

Článek je převzatý

z *Urolog. pro Praxi*, 2010; 11(4): 189–191.

MUDr. Taťána Šrámková, Ph.D.

Klinika traumatologie LF MU,
Úrazová nemocnice, Ústav psychologie
a psychosomatiky LF MU
Ponávka 6, 662 50 Brno
t.sramkova@unbr.cz

