

EREKILNÍ DYSFUNKCE – NOVÉ PREFERENCE V LÉČBĚ?

MUDr. Libor Zámečník, FEBU

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Vývoj a uvedení prvního inhibitory 5-fosfodiesterázy (sildenafilu) do rutinní lékařské praxe znamenalo zásadní průlom v kvalitě léčby tabuizovaného problému, jakým bezesporu erektilní dysfunkce byla. Na tento symptom se změnil pohled lékařů i společnosti. Díky edukačním kampaním došlo ke zkvalitnění diagnostiky a léčby sexuálních dysfunkcí. Postupem doby však přišly na trh i další léčebné přípravky. Ty jsou rozdílné nejen cenou (což může být pro některé pacienty zásadní při výběru), ale jsou jiné i svým farmakologickým profilem a účinkem. Lékař zabývající se diagnostikou a léčbou erektilní dysfunkce by měl jejich účinky znát a pacientovi – na základě jeho preferencí – nejvhodnější lék doporučit.

Klíčová slova: erektilní dysfunkce, preference, inhibitory 5-fosfodiesterázy.

ERECTILE DYSFUNCTION – NEW PREFERENCES IN TREATMENT?

The development of the first 5-phosphodiesterase inhibitor (sildenafil) and its introduction into routine clinical practice was a major breakthrough in the quality of treatment for such a tabooed issue as erectile dysfunction. Since then, the attitudes of both the society and the physicians towards this symptom have changed. Diagnosis and treatment of sexual dysfunctions have improved due to educational campaigns. Over time, however, other preparations have become available on the market. These not only differ in price (which, for some patients, may be a decisive factor in selection) but also in their pharmacological profile and effect. Any physician involved in diagnosing and treating erectile dysfunctions should be familiar with the effects of the drugs and, based on the patient's preferences, recommend the one which appears most suitable.

Key words: erectile dysfunction, preferences, 5-phosphodiesterase inhibitors.

Urolog. pro Praxi, 2008; 9(1): 8–9

Erektilní dysfunkce

Porucha erekce – **erektilní dysfunkce (ED)** – je trvalá (minimálně 6 měsíců trvající) neschopnost muže dosáhnout nebo udržet erekci dostatečnou pro uspokojivý sexuální styk. Ačkoliv pravděpodobnost ED závisí do značné míry na věku a častěji se vyskytuje u starších mužů, ve většině případů nejde o neodvratný proces spojený se stárnutím. Může se totiž jednat o první projev dosud skrytého a mnohdy i závažného celkového onemocnění. Celosvětově postihuje porucha erekce zhruba 13 až 28 % mužů ve věku 40–80 let (4). Odhaduje se, že erektilní dysfunkce bude kolem roku 2025 postihovat asi 300 milionů mužů.

Tak jako každá definice, ani ta výše uvedená ovšem nevystihuje zcela daný problém. Především proto, že nelze paušalizovat míru dostatečné erekce a délku trvání. Musíme být samozřejmě také realisty – každý muž a pár má jiné požadavky a očekávání – i od léčby (9).

Hodnocení léčby ED

Účinnost a bezpečnostní profil léků na ED v klinických studiích jsou spojeny s molekulárním účinkem, selektivitou k fosfodiesterázám a dalšími farmakokinetickými a farmakodynamickými vlastnostmi. Na základě těchto studií mají potom jednotlivé léky obsáhlé příbalové materiály se spoustou čísel, která ovšem neukazují to, jak budou pacient a jeho partnerka s léčbou spokojeni (10). V součas-

né době se v léčbě erektilní dysfunkce klade důraz na individuální a tzv. holistický (celostní) přístup k léčbě (11).

V preferenčních studiích, ať jsou zadávány farmaceutickými firmami nebo se snaží být na těchto firmách nezávislí, se hodnotí různé parametry léčby inhibitory 5-fosfodiesterázy (iPDE5) (2). Léky hodnotí pacient (mnohdy i partnerka) pomocí různých dotazníků z hlediska celkové spokojenosti, stupně splnění očekávání od této léčby, snadnosti užívání léků, spokojenosti s nástupem účinku, dopadem na sexuální sebevědomí, přirozenost a tvrdost erekce. Proto se setkáváme s rozdílnými hodnoceními jednotlivých léků (1, 3, 8). Stejně i lékař může, na základě takto vyplněného dotazníku, léčbu a pacientovi preference v léčbě zhodnotit, a tím si otevírá komunikační prostor, který mnohdy u tak choulostivé otázky, jakou porucha mužovy erekce je, chybí. Ne všichni pacienti (a ne všichni lékaři!) dokážou o erekci a problémech s ní otevřeně hovořit.

Tvrdost erekce

Ukazuje se stále více, že pro pacienty i jejich partnerky je důležitá nejen doba, po kterou je erekce navoditelná a počet skutečných koitů v ní, ale také přirozenost obnovené erekce a dokonce i její tvrdost. Jakkoliv mohou páry preferovat nekoitální techniky sexu, rigidita penisu – tvrdost erekce – je stále kritériem pro dosažení oboustranného uspokojení při souloži.

Retrospektivní studie ukazují, že existuje závislost mezi zlepšením erektilní funkce, tvrdostí erekce a zvýšením uspokojení ze sexu (tzv. emoční a psychosociální vliv erektilní funkce) (5). Mezinárodní skupina expertů na léčbu poruch erekce retrospektivně zhodnotila data z celosvětově provedených studií, kterých se zúčastnilo více než 10 000 mužů s ED (klinická fáze 2, 3 a 4), a to s ohledem na roli tvrdosti erekce jako odpovědi na léčbu. Hodnoceny byly také 2 recentně probíhající prospektivní studie se stejným zaměřením. Výsledkem bylo prokázání pozitivní korelace mezi dotazníkem IIEF (Mezinárodní index erektilní funkce) a EHS (Erection Hardness Score). Obdobná pozitivní korelace byla nalezena mezi stupněm tvrdosti erekce a psychickými faktory, spolu se spokojeností celého páru s léčbou ED (SEAR – Self-Esteem And Relationship Questionnaire, EDITS – Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction) (6). Z výše uvedeného vyplývá, že i když je penis dostatečně tvrdý pro penetraci, ale není rigidní zcela (stupeň 3), může se již jednat o mírný stupeň ED.

Jak lze vůbec tvrdost erekce hodnotit? Málokdo z pacientů a lékařů trvá na objektivním předvedení stupně tvrdosti penisu přímo v ordinaci. Ale to, jak je penis tvrdý při erekci, je parametr natolik dobře hodnotitelný, že to podle níže uvedené stupnice zvládne převážná část pacientů. Stupnice tvrdosti penisu (Erection Hardness Score) je jednoduchým validova-

STUPNICE TVRDOSTI EREKCE (EHS)



ným hodnotícím parametrem jak při zahájení, tak pro sledování účinku léčby (7).

Léčba iPDE5 a informace pacientům

Lékař, který se zabývá diagnostikou a léčbou ED, by měl být schopen podat o dostupných léčbách pacientovi základní informace. To znamená: nevnučovat jakoukoliv léčbu, ale podle sexuálních preferencí muže (vlastně celého páru) a požadavků na lék být schopen navrhnout nejvhodnější lék jak podle doby nástupu účinku, tak podle délky trvání účinku, vlivu na tvrdost penisu, možnosti vlivu při-

jímané potravy na efekt léčby apod. Jedině tak lze dosáhnout vysokého počtu spokojených pacientů a sníží se počet tzv. non-responderů iPDE5, tedy těch, kteří zklamání léčbou již více o své ED třeba mluvit nebudou a na jakoukoli léčbu této poruchy rezignují.

Inhibitory PDE-5 v léčbě ED a vliv na rigiditu penisu

Ve dvou prospektivních studiích (Mulhall a ost.) se jednalo o hodnocení sildenafilu s ohledem na rigiditu penisu (6) pomocí dotazníku EDITS (Erectile

Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction). Více než 97 % pacientů, kteří byli léčeni 6 týdnů sildenafilem (studie 1222) a tvrdost erektce se změnila ze stupně 3 na stupeň 4, vykazovala ve výsledcích dotazníku EDITS více než 50 bodů – tedy spokojenost (0 bodů nespokojen, 100 velmi spokojen). Ve studii 1195 to byli dokonce pacienti všichni.

Závěr

Je zřejmé, že tvrdost erektce souvisí jak s možností dobré penetrace, tak i s fyzickým a psychickým uspokojením a „kvalitou“ v sexuálním životě páru. V současné době máme dostatek informací o tom, jak jednotlivé inhibitory PDE-5 fungují, a tedy i to, co můžeme pacientům nabídnout v rámci jejich preferencí a požadavků na léčbu poruch erektce. Nezbyvá než je povzbudit k tomu, aby o problémech hovořili (jen každý 10. pacient se s těmito obtížemi sám lékaři svěřil) a na lékařích je, aby pacientům dokázali pomoci (až 70 % pacientů není spokojeno s informacemi, které jim jejich lékař o problematice ED podá).

MUDr. Libor Zámečník, FEBU

Urologická klinika VFN a 1. LF UK
Ke Karlovu 6, 128 08 Praha 2
e-mail: libor.zamecnik@lf1.cuni.cz

Literatura

1. Brock G, Chan J, Carrier S, Chan M, Salgado L, Klein AH, Lang C, Horner R, Gutkin S, Dickson R. The treatment of erectile dysfunction study: focus on treatment satisfaction of patients and partners. BJU Int 2007; 99: 376–382.
2. Carson CC. PDE5 inhibitors: are there differences? Can J Urol 2006; 13 Suppl 1: 34–39.
3. Kell PD, Hvidsten K, Morant SV, Harnett JP, Bridge S. Factors that predict changing the type of phosphodiesterase type 5 inhibitor medication among men in the UK. BJU Int 2007; 99: 860–863.
4. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Int J Impot Res 2005; 17: 39–57.
5. Montorsi F, Padma-Nathan H, Gilina S. Erectile function and assessments of erection hardness correlate positively with measures of emotional well-being, sexual satisfaction, and treatment satisfaction in men with erectile dysfunction treated with sildenafil citrate (Viagra). Urology 2006; 68: 26–37.

6. Mulhall J, Althof SE, Brock GB, Goldstein I, Junemann KP, Kirby M. Erectile dysfunction: monitoring response to treatment in clinical practice-recommendations of an international study panel. J Sex Med 2007; 4: 448–464.
7. Mulhall JP, Goldstein I, Bushmakina AG, Cappelleri JC, Hvidsten K. Validation of the Erection Hardness Score. J Sex Med 2007; 4: 1626–1634.
8. Mulhall JP, McLaughlin TP, Harnett JP, Scott B, Burhani S, Russell D. Medication utilization behavior in patients receiving phosphodiesterase type 5 inhibitors for erectile dysfunction. J Sex Med 2005; 2: 848–855.
9. Sivalingam S, Hashim H, Schwaibold H. An overview of the diagnosis and treatment of erectile dysfunction. Drugs 2006; 66: 2339–2355.
10. Wespes E. Erectile dysfunction, physiologic approach, diagnosis and therapy. Bull Mem Acad R Med Belg 2006; 161: 151–158.
11. Wespes E, Amar E, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, Montorsi F, Pryor J, Vardi Y. EAU Guidelines on erectile dysfunction: an update. Eur Urol 2006; 49: 806–815.