

Sexuální dysfunkce – diagnostika a možnosti řešení

MUDr. Igor Dolan, Ph.D., MUDr. Petr Filipenský, Ph.D.

Urologické oddělení, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Sexuální dysfunkce (SD) znamená kvantitativní nebo kvalitativní poruchu, která znemožňuje vést uspokojivý sexuální život. I když je někdy možné prokázat jednoznačně organickou nebo psychogenní etiologii, většinou mají multifaktoriální původ. Primární SD se vyskytuje u pacienta od začátku pohlavního života, sekundární SD se objeví po určitém delším časovém období bezporuchového stavu. Generalizovaná SD není vázaná na aktuální partnerský vztah, selektivní je vázaná na určitý partnerský vztah a jeho kvalitu. Prevalence SD v populaci není přesně známá, ve výzkumu sexuálního chování reprezentativního vzorku české populace z roku 2008 uvedlo shodně 20 % mužů i žen, že někdy trpěli určitou sexuální dysfunkcí.

Klíčová slova: sexuální dysfunkce, diagnostika, terapie.

Sexual dysfunction – diagnostics and solution options

Sexual dysfunction (SD) means a quantitative or qualitative disorder that makes it impossible to have a satisfying sex life. Although it is sometimes possible to prove a clearly organic or psychogenic etiology, they usually have a multifactorial origin. Primary SD occurs in the patient from the beginning of sexual life, secondary SD appears after a certain longer trouble-free period. Generalized SD is not tied to the current partnership, selective is tied to a particular partnership and its quality. The prevalence of SD in the population is not exactly known; in a survey of the sexual behavior of a representative sample of the Czech population in 2008, 20 % of men and women alike stated that they sometimes suffered from a certain sexual dysfunction.

Key words: sexual dysfunction, diagnostics, therapy.

EREKILNÍ DYSFUNKCE

Erektivní dysfunkci (ED) definujeme jako trvalou nebo opakovanou (min. v ¼ pokusů o pohlavní styk) neschopnost dosáhnout a udržet dostatečnou tumescenci penisu k uskutečnění uspokojivého pohlavního styku (1, 2). Může být nejen významným negativním korelátorem kvality života pacienta a jeho sexuálních partnerů, ale taky prediktorem závažného kardiovaskulárního onemocnění. Je nejčastější sexuální poruchou mužů, postihuje asi 150 mil. mužů celosvětově (3). Různým stupněm ED trpí asi ½ mužů ve věku 40–70 let. Prevalence ED roste s věkem, nicméně se týká i mladších mužů, některé výzkumy udávají, že jednomu ze čtyř mužů, kteří vyhledali odbornou pomoc z důvodu ED, nebylo ještě 40 let (4). Z hlediska etiologie známe organickou (80 %) a psychogenní (20 %) ED (Tab. 1). Ve většině případů jde vlastně o smíšenou etiologii, protože i organická ED může být komplikována psychologickými faktory (nejčastěji obavy z dalšího selhání), doporučuje se proto používat termíny „primární organická“ nebo „primárně psychogenní“ ED (5). Nejčastější organická příčina ED je vaskulární, dále pak neurogenní, penilní afekce, hormonální a léková (Tab. 2). Psychogenní příčinou ED může být psychická porucha, strach ze selhání, osobnostní rysy, odlišná sexuální orientace, partnerský nesoulad, stres, situační faktory a nově pornografie (kvalitní erekce při sledování pornografie – naopak selhání při reálném sexu pro nedostatečnou vizuální/taktilní stimulaci nebo obavy ze selhání, nezáměr o běžný pohlavní život) (6). V diagnostice ED klademe důraz na anamnézu a dotazníkové šetření. Využíváme validizovaný dotazník IIEF-5 (international Index of Erectile Function, součet bodů nad 22 je norma, nižší počet svědčí pro různý stupeň ED, 17–21 bodů lehká ED, 7–16 středně těžká a méně než 6 bodů znamená těžkou ED). Vyšetření pomocí stupnice EHS (Erectile Hardness Score) rozlišuje čtyři stupně rigidity penisu, stupně 1 a 2 znamenají ED. Standardní součástí diagnostiky je fyzikální a laboratorní vyšetření. Specifická diagnostika je indikována zejména u primární ED, která nemá organickou ani psychogenní etiologii, u mladých pacientů s anamnézou traumatu malé pánve, kteří by potenciálně profitovali z revaskularizační operace nebo angioplastiky, u pacientů s psychickými, psychosexuálními a endokrinními poruchami nebo na žádost pacienta nebo partnera a z medicínsko-forenzních důvodů (před implantací penilní protézy ke stanovení end-stage ED, sexuální zneužívání...) (Tab. 3).

Tab. 1. Symptomatologie ED

Psychogenní	Organická
- rychlý začátek - variabilní – situační průběh - přítomné noční erekce - většinou vynikající odezva na IPDE5	- pozvolný začátek - trvalá postupná progresse - slabé nebo žádné noční erekce - přítomné komorbidit + rizikové faktory

Tab. 2. Riziková medikace v souvislosti s ED (1, 6)

- betablokátory: atenolol, bisoprolol, metoprolol - tiazidová diuretika: hydrochlorotiazid, spironolakton, chlortalidon - centrální agonisté α_2 receptorů: metyldopa, klonidin - benzodiazepiny a antidepresiva, antipsychotika - kardiotonika: digoxin - antiandrogeny používané při léčbě karcinomu prostaty - H2-blokátory - Inhibitory 5α-reduktázy používané k léčbě benigní hyperplazie prostaty
--

Tab. 3. Diagnostika ED

Základní	Specifická
- anamnéza + dotazník IIEF-5, ev. EHS (dotazník rigidity penisu) - fyzikální vyšetření - laboratorní screening: glukózo-lipidový profil, celkový testosteron, PSA u mužů ≥ 50 let, ev. ≥ 40–45 let u pozitivní rodinné anamnézy - stanovení kardiálního rizika (2nd Princeton consensus)	- měření noční tumescence a rigidity penisu RigiSCAN - penilní duplexní USG - kavernozometrie a kavernozografie - CT angio malé pánve (a. pudenda interna) - endokrinologické, neurologické a psychodiagnostické vyšetření

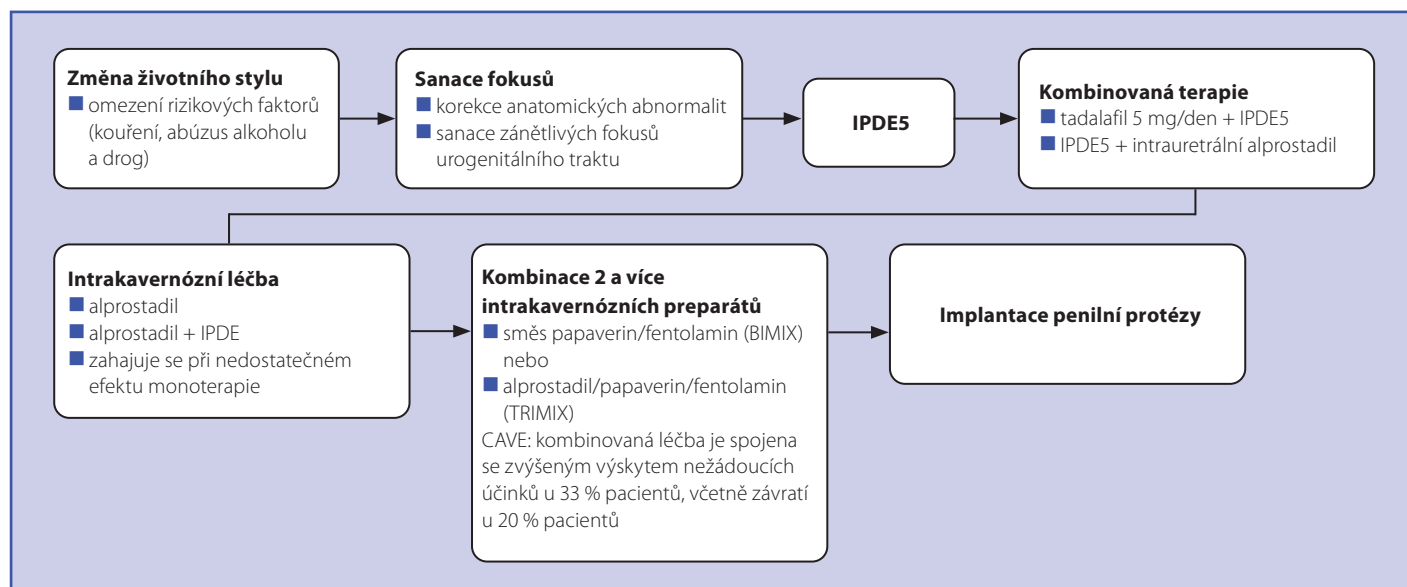
Terapie

Dle EAU guidelines byl na základě aktuálních poznatků panelem expertů stanoven nový algoritmus léčby ED jako alternativa k tradičnímu tříúrovňovému modelu (Obr. 1). Chronický stres, kouření a špatná životospráva vedou z dlouhodobého hlediska k ED. Před samotnou léčbou se doporučuje omezení rizikových faktorů a zlepšení životosprávy. Pokud byla vyslovena suspekce na příčinu, která mohla vést k rozvoji ED, měla by být léčena jako první (zánětlivé fokusy, anatomické abnormality...). V algoritmu léčby ED jsou na prvním místě perorální inhibitory fosfodiesterázy 5 (IPDE5), srovnání dostupných preparátů (Tab. 4). Absolutní kontraindikací IPDE5 je současné užívání nitrátů, retinitis pigmentosa a nearteritická přední ischemická neuropatie optického nervu (NAION). U pacientů s benigní hyperplazií prostaty léčených alfablokátory je nutná opatrnost, doporučuje se nekombinovat tadalafil s doxazosinem z důvodu rizika hypotenze, kombinace s tamsulosinem je možná, vhodné je postupné titrování dávky sildenafilu od 25 mg a avanafilu od 50 mg. U nonrespondérů IPDE5 se může jednat o nedostatečně poučeného pacienta, nízkou dávku nebo ovlivnění jídlem (kromě tadalafilu), nedostatečnou taktilní stimulaci genitálu, špatné načasování – dlouhý interval od podání léku, polymorfismus genu PDE5A (kóduje hlavní enzym katalyzující cGMP v penisu regulující clearance cGMP a je primárním cílem sildenafilu) nebo nízkou hladinu testosteronu – hypogonadismus. Při nedostatečném efektu aplikované maximální dávky IPDE5 se doporučuje kombinace tadalafilu 5 mg denně + sildenafil event. avanafil před pohlavním stykem nebo kombinace IPDE5 + intrauretrální alprostadil. Intrakavernózní aplikace vazoaktivní látky představuje další linii léčby, nejčastější a nejbezpečnější je právě alprostadil – prostaglandin E1. Iniciální aplikovaná dávka závisí od předpokládané etiologie ED, v případě nedostatečné erekce se postupně titruje až do maximální dávky 20 μ g. Nežádoucí účinky představují bolest penisu, hematoma v místě vpichu, prolongovanou erekci, priapismus a z dlouhodobého hlediska penilní fibróza, angulace a Peyronieho nemoc. Ve zvláštních indikacích je možné podání kombinace dvou a více intrakavernózních preparátů, nicméně výrazně vzrůstá riziko nežádoucích účinků, zejména priapismu. Pacientům, kteří dostatečně nereagují nebo odmítají předchozí terapeutické možnosti anebo preferují trvalé řešení svého problému, lze doporučit implantaci penilní protézy. Jedná se o chirurgickou, invazivní a ireverzibilní léčebnou modalitu. Zárok není hrazen ze zdravotního pojištění, cena implantace se pohybuje od 100–275 tis. Kč v závislosti na typu použité protézy. Protézy poznáme semirigidní – trvale udržují rigidity penisu, a hydraulické (inflabilní) – úd je mimo soulož v ochablém stavu, erekci umožňuje napumpování kapaliny z rezervoáru do dutých válců – cylindrů vyplňujících prostor po kavernózních tělesech. U dvoudílné je pumpička zároveň rezervoárem, umísťuje se do šourku. Trojdílná protéza obsahuje navíc rezervoár tekutiny, který se implantuje většinou paravezikálně. Erekce navozená pomocí trojdílné protézy je funkčně i esteticky nejvíce blízka fyziologické erekci, u dvoudílné je přečerpávaný objem kapaliny menší, a proto rozdíl mezi erigovaným a ochablým penisem není tak zřejmý jako u trojdílného implantátu. Rizikem je mechanické selhání nebo eroze, infekce, ischemie a nekróza žaludu a uretry. Navzdory tomu, že existují protézy potažené antibiotikem/hydrofilním povlakem, které by měly snižovat riziko infekce, tč. dle EAU guidelines neexistují žádné přímé studie, které by porovnávaly implantáty různých výrobců a prokazovaly převahu jednoho typu implantátu nad jiným. Bittner a Zámečník udávají výrazně menší riziko infekčních komplikací u implantátů krytých antibiotikem (8).

Li-ESWT

Li-ESWT: Protokol pro terapii rázovou vlnou zavedli v r. 2010 Vardi et al. a prokázali dobrou snášenlivost léčby a zlepšení průtoku krve penilními cévami, což vedlo ke zlepšení erekce. Většina studií naznačila, že Li-ESWT může významně zvýšit IIEF a EHS u pacientů s mírnou vaskulogenní ED, ev. potencuje efekt IPDE5 u nonrespondérů (9). Léčba není hrazena ze zdravotního pojištění. Otázkou zůstává, jak dlouho potrvá efekt terapie rázové vlny. Kitrey et al. hodnotili 156 pacientů dva roky po léčbě Li-ESWT. Během období sledování se klinicky účinná odpověď v průběhu času snižovala, z 64% míry odpovědi jeden měsíc po léčbě na 34% míru odpovědi po dvou letech. Předpokládali, že vyšší míra selhání léčby může souviset se závažnější ED a více komorbiditami na začátku před zahájením léčby (10).

Obr. 1. Algoritmus terapie ED (1)



Tab. 4. Srovnání dostupných preparátů IPDE5

	SILDENAFIL	TADALAFIL	VARDENAFIL	AVANAFIL
■ uvedení na trh	1998	2003	2003	2013
■ nástup účinku	30–60 min	30–60 min	25–60 min	15–30 min
■ poločas eliminace	2,6–3,7 hod.	17,5 hod.	3,9 hod.	6–17 hod.
■ úvodní dávka	50 mg	10 mg	10 mg	100 mg
■ maximální jednotlivá dávka	100 mg	20 mg	20 mg	200 mg
■ ovlivnění jídlem	ano ↓	ne	ano ↓	ano ↓

Tab. 5. Alprostadil (1, 3, 6)

Topický	Intrauretrální	Injekční – intrakavernózní
VITAROS™	MUSE™	CAVERJECT™, KARON™
■ v dávce 300 µg ■ rozpustný krém, který se umístí do zevního ústí močové trubice pomocí aplikátoru	■ 125–1000 µg ve formě pelety ■ v ČR není dostupná ■ erekce dostatečné pro styk je dosaženo u 30–65,9 % pacientů	■ erekce nastává 5–15 min od podání ■ dávka 5–20 µg ■ délka trvání závisí od aplikované dávky obvykle nezávisle na ejakulaci
■ NÚ: erytém ■ pálení a bolest, které odezní do 2 hodin od aplikace		NÚ: ■ bolest penisu (50 % pacientů udávalo bolest pouze po 11 % z celkových injekcí) ■ nadměrně prodloužená nežádoucí erekce (5 %) a priapismus (1 %) ■ fibróza (2 %) Drop-out je 41–68 % mužů po 3 měsících terapie, nejčastěji pro touhu po trvalém způsobu terapie (29 %), strachu z jehel (23 %), jiných komplikací (22 %) a nedostatku spontánnosti (21 %)

Podtlakové erekty

Erekty jsou vhodné u starších pacientů s občasným pohlavním stykem, kteří preferují neinvazivní léčbu ED bez použití medikace. Většina mužů ukončí používání do tří měsíců, zejména z důvodu nežádoucích účinků (NÚ), jako jsou petechie, bolest, neschopnost ejakulovat, nekrózy, hematomy a necitlivost. Kontraindikováno u mužů s koagulopatií a na antikoagulační terapii (1, 3).

Výhled do budoucnosti

Léčba kmenovými buňkami: Intravenózní injekce kmenových buněk na zvířecím modelu po ozáření prostaty prokázala obnovení erektilní funkce prostřednictvím regenerace kavernózních nervů. Klinická studie fáze I. u lidí přinesla slibné výsledky co se týče snášenlivosti, bezpečnosti a efektivity. Kombinace Li-ESWT a terapie kmenovými buňkami může podporovat růst nových krevních cév a snižovat apoptózu buněk v těle penisu více než kterákoli z těchto terapií samotná (11).

Plazma bohatá na krevní destičky: Je známo, že trombocyty produkují při hojení rány růstové faktory podporující neoangiogenezi. V pokusech na zvířatech prokázala zlepšení ED s neurogenní etiologií. Nedávná studie u čtyř pacientů s ED vedla ke zlepšení erekce bez vedlejších nežádoucích účinků. Nicméně vzhledem k velikosti zkoumané kohorty nelze závěry reprodukovat a je nutné vyčkat na provedení dalších studií (12).

PORUCHY EJAKULACE

Předčasná ejakulace (PE)

Předčasná ejakulace (PE) je charakterizována ejakulací před imisí penisu do pochvy (ante portas) nebo do jedné minuty trvání pohlavního styku minimálně ve 3 ze 4 souloží nebo ejakulací, kterou by si přáli oba partneři oddálit, protože nevede k satisfakci (1, 3). Je druhou nejčastější mužskou sexuální dysfunkcí, prevalence není závislá na věku. Je častější u černochů, hispánců a mužů z islámské oblasti, může být vyšší u mužů s nižší úrovní vzdělání. Druhy PE, diagnostiku a terapii prezentují tabulky 6, 7 a obrázek 2.

Tab. 6. Druhy PE

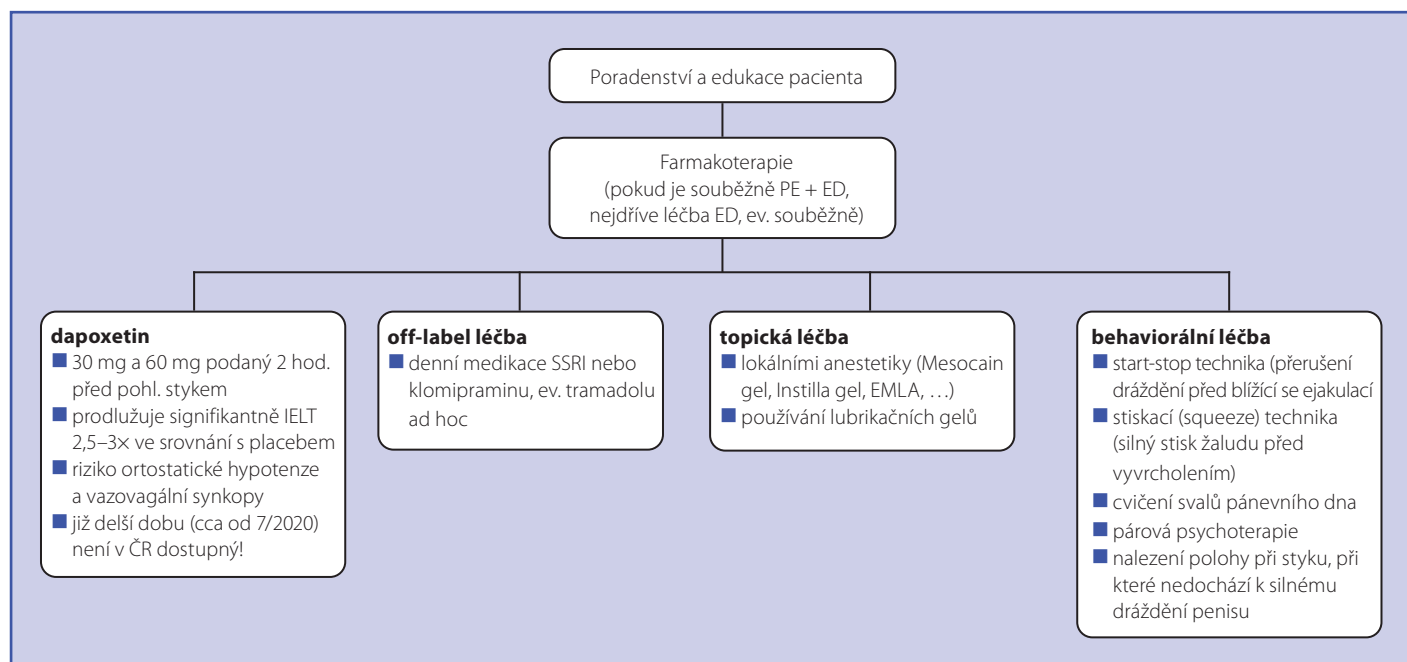
Celoživotní	komplexní souhra centrálních a periferních serotonergních, dopaminergních, oxytocinergních, endokrinologických, genetických a epigenetických faktorů
Získaná	psychologické, psychické a vztahové problémy nebo organická etiologie: prostatitida, hypertyreóza, ED
Variabilní	nízká frekvence pohlavního styku vedoucí k vystupňované vzrušivosti na sexuální stimulaci
Subjektivní	obavy z uspokojení partnerky a oddalování ejakulace, týká se asi 1/3 mužů

Tab. 7. Diagnostika PE (1)

Anamnéza	pouze odhad IELT (intravaginální ejakulační latenční doby), nikoliv měření stopkami! dotaz ohledně satisfakce po pohlavním styku u obou partnerů dotaz ohledně jiných sexuálních dysfunkcí, zejména ED! léková anamnéza: zejména jestli problém nenastal po vysazení určité medikace
Fyzikální vyšetření	anatomické abnormality: frenulum breve, fimóza, balanopostitidy...

CAVE: neprovádět paušálně laboratorní a neurofyzilogické testy, indikujeme pouze na základě anamnestických údajů a fyzikálního vyšetření

Obr. 2. Algoritmus terapie předčasné ejakulace (1, 3)



Anejakulace

Znamená úplnou absenci antegrádní nebo retrográdní ejakulace, je spojena s normálním orgasmickým pocitem a satisfakcí po pohlavním styku, vzniká při bloádě sympatiku, poruše vegetativních drah, neuropatiích, po radikální prostatektomii a míšních lézích (1, 3). Ve výzkumu české populace z roku 2008 ji uvedlo 10 % českých mužů (2). Terapie, pokud je vůbec možná, je identická jako při opožděné ejakulaci. Anejakulaci po retroperitoneální operaci pro karcinom varlete nebo totální mezorektální excizi lze zabránit pomocí jednostranné lymfadenektomie nebo zachováním autonomního nervu.

Retrográdní ejakulace

Při ejakulaci je hrdlo močového měchýře uzavřeno a externí sfinkter uretry otevřen, děj je ovládán sympatikem (lumbální sympatická ganglia a hypogastrický nerv). Při retrográdní ejakulaci se ejakulát dostává do močového měchýře, bez vlivu na orgasmus. Nastává zejména při poruchách neurogeních a neuropatiích např. po poranění míchy, chirurgických operacích v malé pánvi a retroperitoneu, sclerosis multiplex, diabetu mellitu a nežádoucích účincích léků (1, 3). S retrográdní ejakulací jsme se občas setkali v souvislosti s podáváním α 1-blokátorů v rámci terapie BHP, nicméně objevují se názory, že alfyalytika spíše snižují celkový objem ejakulátu. Zejména se jedná o tamsulosin a silodosin a platí, že čím lepší efekt na LUTS, tím je riziko anejakulace vyšší, zejména u mladších pacientů (13).

Retardovaná ejakulace (ejaculatio retardata)

Je definována jako výrazně prodloužený čas do ejakulace, nebo anejakulace min. ve 3 ze 4 pokusů o vyvrcholení, která přetrvává nejméně po dobu 6 měsíců a způsobuje frustraci (1, 3). Dle doby trvání známe celoživotní, získanou a situační (nadměrná konzumace alkoholu, únava) retardovanou ejakulaci. Výskyt se odhaduje od 1 % do 4 % mužů, ve výzkumu české populace z roku 2008 ji uvedlo 8 % českých mužů (2). Etiologicky může jít o psychogenní (psychické poruchy a partnerský nesoulad, nedostatečná vizuální erotická stimulace, odlišná sexuální orientace), organickou (vrozené vývojové vady, obstrukce ejakulatočních kanálků, operace v malé pánvi, infekce, neurogenní a míšní léze, porucha penilního nervu, hyposenzitivita penisu, endokrinopatie) a farmakologickou (SSRI, antipsychotika, antihypertenziva, antiandrogeny...). Terapie retardované ejakulace viz tabulka 8.

Tab. 8. Terapie retardované ejakulace

Psychologická	Farmakologická
■ vnést více uvolnění a spontánnosti do sexuálního styku ■ nesoustředit se na výkon ■ zaměřením na větší stimulaci genitálů	■ žádná doporučená medikamentózní léčba není k dispozici ■ ejakulaci ovlivňuje působení sympatiku, zkouší se α1-adrenergní preparáty (efedrin), oxytocin, testosteron, bupropion – inhibitor zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu ■ penilní vibrační stimulace – u pacientů s míšní lézí

Porucha sexuální apetence u mužů

Je trvalá nebo opakující se absence erotických myšlenek nebo fantazie a touhy po sexuální aktivitě. Mělo by se jednat o izolovanou poruchu, bez přítomnosti jiné sexuální dysfunkce, jako je například ED. Jako jedním ze symptomů se s nízkou sexuální apetencí častěji setkáváme u hypogonadismu. Přesná prevalence není známá, ve studii Meissnera a kol. ji uvedlo 4,7 % mužů středního věku. Ze stejné studie vyplynulo, že nižší riziko mají muži mající více než 2 děti, muži s vyšším sexuálním sebevědomím a častější ipsací (14). Etiologie je multifaktoriální, zejména stárnutí, kardiovaskulární komorbidity, nikotinismus, finanční potíže, stres, deprese, předčasná ejakulace, ED, LUTS. Po důkladné anamnéze a fyzikálním vyšetření v rámci diagnostiky doplňujeme laboratorní screening – testosteron, prolaktin, hormony štítné žlázy. Léčba je zaměřená na vyvolávající faktor.

ŽENSKÉ SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE: PORUCHY APETENCE, VZRUŠIVOSTI, DYS-PAREUNIE, VAGINISMUS, PORUCHY ORGASMU A SATISFAKCE (3, 7)

Navzdory jasné dominanci mužské části populace v problematice sexuálních dysfunkcí jsou sexuální dysfunkce u žen relativně časté, nicméně se o nich málo mluví a o to méně se léčí. Určitý stupeň sexuální dysfunkce může postihovat až téměř každou druhou ženu (2).

Porucha sexuální apetence

O nízké sexuální touze mluvíme, pokud žena nemá motivaci k sexuální aktivitě, nereaguje na erotické podněty nebo stimuly a je důvodem partnerského nesouladu trvající minimálně 6 měsíců. Postihuje přibližně 10 % dospělých žen (2). Etiologické faktory zahrnují stavy nebo farmaka, která snižují hladiny mozkového dopaminu, melanokortinu, oxytocinu a norepinefrinu a zvyšují hladiny mozkového serotoninu, endokanabinoidu, prolaktinu a opioidů. Bupropion (Wellbutrin) a buspiron (Egis) mohou být považovány za off-label léčbu pro ženy s nízkou sexuální apetencí s omezenou dostupností informací o bezpečnosti a účinnosti. Jedná se o antidepresiva, která nejenže nemají negativní vliv na sexuální funkce žen, ale můžou dokonce zvyšovat sexuální touhu (15).

Porucha vzrušivosti

Klinickým vyjádřením je porucha vaginální lubrikace a tumescence, ve výzkumu od Weisse a Zvěřiny z roku 2008 ji uvedlo 54 % dotazovaných (2). Na problematice obou dysfunkcí se můžou podílet endokrinopatie, onkologická a neurologická onemocnění, psychosociální problémy, vliv některých léků, anamnéza sexuálního zneužívání. Frigidita je chybění sexuální touhy a vzrušivosti zároveň.

Anorgasmie

Podle výzkumu sexuálního chování českých mužů a žen z roku 2008 na vzorci 2 000 dotazovaných respondentů, je 6 % žen anorgasmických (2). Orgasmus dosažený drážděním klitorisu uvedlo 37 % žen, dalších 34 % současně dráždění klitorisu a pochvy. Vaginálního orgasmu nedosáhlo nikdy 22 % žen. Dosažení orgasmu spíše s delším penisem uvedlo pouze 16 % respondentek (2). Orgastická schopnost je značně ovlivněna věkem, nejvíce problémů udávají ženy v nejmladší a nejstarší věkové kategorii, naopak nejméně uvádějí ženy ve věku 30–34 let. Problematika simulování orgasmu se téměř výhradně týká žen, ojediněle se k ní přiznala téměř polovina, často nebo pokaždé až 1/5 respondentek (3). Etiologie anorgasmie je multifaktoriální.

Vaginismus

Spasmus vaginálního svalstva poševního vchodu limitující imisi penisu do vaginy. Etiologicky se nejčastěji jedná o psychogenní poruchu, dále u žen s ortodoxní náboženskou výchovou, u sekundárního vaginismu po excesivně-traumatickém nebo vynuceném pohlavním styku, u žen s homosexuální orientací.

Dyspareunie

Znamená dyskomfortní a bolestivý pohlavní styk bez symptomů vaginismu (bez spastických projevů). Etiologicky se zpravidla jedná o zánětlivé a degenerativní procesy v oblasti vnitřních a vnějších rodidel, pacientky indikujeme ke gynekologickému vyšetření. Může být taky jedním ze symptomů chronické pánevní bolesti.

Tab. 9. Terapie sexuálních dysfunkcí u žen

■ odstranění vyvolávající příčiny ■ aplikace volně prodávajících lubrikačních gelů ■ psychoterapie ■ sexkoučink ■ posilování pánevního dna Keglovými cviky ■ hypnoterapie ■ autostimulační trénink ■ používání mechanických erotických pomůcek
■ podávání estrogenů je indikováno většinou u postmenopauzálních žen s jejich nízkou hladinou
■ flibanserín (Addyi) je zatím jediný preparát schválený Úřadem pro kontrolu potravin a léčiv v USA (FDA) pro léčbu získané snížené sexuální apetence u premenopauzálních žen (v ČR není registrován), účinek se podobá efektu některých moderních antidepresiv, působí ve frontálním kortexu a hipocampu na serotoninový receptor 5-HT _{1A} , u žen, které užívaly flibanserín, se zvýšil počet „uspokojujících sexuálních příhod“ z 2,8 na 4,5x za měsíc, zatímco u podávání placeba z 2,7 na 3,7x za měsíc (16)
■ transdermálně podávaný testosteron v nízkých dávkách v kombinaci nebo bez estrogenů se ukázal účinný v krátkodobé terapii nízké sexuální apetence u postmenopauzálních žen, bez prokázaných závažných nežádoucích účinků, u žen s vysokým kardiovaskulárním rizikem se léčba nedoporučuje, hladina celkového testosteronu v krvi by se neměla používat k diagnostice nízké sexuální apetence, při substituci se doporučuje dosahovat koncentrací testosteronu v krvi, které se blíží fyziologickým koncentracím před menopauzou, hladiny musí být pravidelně monitorovány

Úspěch IPDE5 v terapii mužské ED vedl k zájmu o nalezení analogických preparátů k terapii ženských sexuálních dysfunkcí. Nicméně i přes původní pozitivní zprávy o efektu těchto preparátů dnes víme, že jsou na úrovni placeba a firma Pfizer v roce 2004 zastavila výzkum s užitím sildenafilu u žen (17).

ZÁVĚR

Sexualita je důležitou součástí kvality života. Sexuální dysfunkce jsou relativně běžné a mnohé jsou terapeuticky ovlivnitelné. Úspěch celé léčby závisí na konkrétní příčině, nicméně je důležité si uvědomit, že sex nemusí znamenat pouze vaginální penetraci zakončenou ejakulací. Cílem by neměl být výkon, ale souhra partnerů a pochopení vzájemných potřeb a limitů.

Autor prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.

LITERATURA

1. Sexual and reproductive health [Internet]. [cited 2022 Jan 22]. Available from: <http://uroweb.org/guidelines>.
2. Weiss P, Zvěřina J. Sexuální chování české populace. Urolog. praxi. 2009;10(3):160-163.
3. Šrámková T. Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba. Praha: Grada; 2013.
4. Capogrosso P, et al. One patient out of four with newly diagnosed erectile dysfunction is a young man – worrisome picture from the everyday clinical practice. J Sex Med. 2013;10:1833-1841.
5. Šrámková T. Sexuologie pro zdravotníky. Praha: Galén; 2015.
6. Zámečník a kol. Moderní farmakoterapie v urologii. Praha: Maxdorf; 2019.
7. Kratochvíl S. Sexuální dysfunkce 3., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada; 2008.
8. Bittner L, Zámečník L. Naše první zkušenosti s implantací penilních protéz. Urol. praxi. 2018;19(3):133-135.
9. Vardi Y, et al. Can low-intensity extracorporeal shockwave therapy improve erectile function? A 6-month follow-up pilot study in patients with organic erectile dysfunction. Eur Urol. 2010;58:243.
10. Kitrey ND, Vardi Y, Appel B, et al. Low Intensity Shock Wave Treatment for Erectile Dysfunction – How Long Does the Effect Last? J Urol. 2018;200(1):167-70.
11. Al Demour S, Jafar H, Adwan S, et al. Safety and Potential Therapeutic Effect of Two Intracavernous Autologous Bone Marrow Derived Mesenchymal Stem Cells injections in Diabetic Patients with Erectile Dysfunction: An Open Label Phase I Clinical Trial. Urol Int. 2018;101(3):358-65.
12. Matz EL, Pearlman AM, Terlecki RP. Safety and feasibility of platelet rich fibrin matrix injections for treatment of common urologic conditions. Investig Clin Urol. 2018;59(1):61-5.
13. Gacci M, et al. Impact of medical treatments for male lower urinary tract symptoms due to Benign prostatic hyperplasia on ejaculatory function : a systematic review and meta-analysis, J Sex Med. 2014;11:1554.
14. Meissner, VH, et al. Factors Associated with Low Sexual Desire in 45-Year-Old Men: Findings from the German Male Sex-Study. J Sex Med. 2019;16:981.
15. Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, et al. Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. Mayo Clin Proc. 2017;92(1):114-128.
16. Jolly E, Thorp J, Clayton AH, et al. Patients' Perspective of Efficacy of Flibanserín in Premenopausal Women with HSDD. Oral presentation at the 58th Annual Clinical Meeting of The American College of Obstetricians and Gynecologists, May 2010.
17. Davis SR, Baber R, Panay N, et al. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. J Clin Endocrinol Metab. 2019;104(10):4660-4666.