

JE PORUCHA EREKCE JEN PROJEVEM STÁRNUTÍ?

Nataša Sochorová

Urologická klinika FN Olomouc

V průběhu života se vyskytnou ojediněle problémy s erekcí u mnoha mužů. Za erektilní dysfunkci (ED) se považuje pouze taková porucha, která se projevuje trvale. ED je definována jako trvalá (nejméně 6 měsíců trvající) neschopnost dosáhnout a udržet erekci dostatečnou k uspokojivému sexuálnímu životu. Je hodně mužů, kteří se za své problémy stydí a k lékařům vůbec nejdou. Přitom ED není vzácným zdravotním problémem a při včasné a správné diagnóze je úspěšně řešitelná. Touto problematikou se zabývají praktičtí lékaři, sexuologové, urologové, psychologové a jiní odborníci. Problémy s erekcí se netýkají jen mužů samotných, ale mají velký vliv i na partnerský život. ED může velmi narušit hluboký vztah mezi partnery a pak se i partnerce nedostává psychické a fyzické pohody. Je proto lepší si o problémech pohovořit i s partnerkou a zapojit ji do léčby. Ne vždy se musí jednat o poruchu z důvodu vyššího věku, ale může se objevit po některých zraněních, operacích nebo při výskytu jiného onemocnění.

Mezi příčiny poruchy erekce řadíme příčiny vaskulogenní, neurogenní, endokrinní, polékové a psychogenní. Ereke se zhoršuje i při onemocnění ledvin, kdy nemocný pravidelně absoluuje dialýzu a při chronických a akutních onemocněních, kdy dochází k poklesu sexuální aktivity. Při anatomickém poškození pohlavních orgánů nedochází k poruchám erekce, ale zakřivení penisu se projevuje bolestí nebo znesnadňuje soulož a muž se pohlavnímu styku vyhýbá.

K nejčastějším rizikovým faktorům, které mohou způsobovat poruchu erekce řadíme hypertenzi, diabetes mellitus, dyslipidémii, kardiovaskulární onemocnění, deprese, onemocnění prostaty, zvyšující se tělesnou hmotnost, zvyšující se věk, vliv životního stylu – stresy, alkohol, kouření, drogy a podobně.

Pro dosažení erekce jsou důležité tři hemodynamické faktory:

1. relaxace svalových buněk kavernózních těles a tím snížení intrakavernózní rezistence
2. zvýšení arteriálního přítoku způsobeného rozšířením arterií
3. snížení venózního tlaku.

Pro detekci mužů trpících erektilní dysfunkcí používáme mezinárodní dotazník sexuálního zdraví muže IIEF. Obsahuje 5 otázek

a u každé z otázek je uvedeno několik možných odpovědí, které jsou bodované 0–5 body. Pokud skóre vyjde 21 a méně, může se jednat o určitý stupeň erektilní dysfunkce.

S dotazníkem sexuálního zdraví muže lze současně použít i dotazník IPSS (skóre prostatických symptomů), který je zaměřen na potíže s močením, protože oba problémy spolu namnoze úzce souvisí. Tento dotazník má 7 otázek s bodovým hodnocením 0–5 bodů na každou otázku. Podle výsledného skóre posoudíme stupeň mikčních potíží.

Erektilní poruchy představují vždy problém jak pro nemocného, tak i pro lékaře. Je nutné pro každého nemocného zvolit individuální způsob léčby. Důležité je určit formu poruchy erekce a odlišit od sebe poruchu organickou, psychogenní nebo funkční.

Základem vyšetření je podrobně odebraná **anamnéza**. Lékař se nezaměřuje jen na problémy s erekcí, ale zajímá se o prodělané nemoci, operace, úrazy, o léky, které nemocný užívá, zda kouří nebo pije alkohol. Do anamnézy patří i informace o partnerském vztahu. Poté může lékař s velkou přesností předběžně zařadit nemocného s ED podle etiologie a napláňovat léčbu.

Cílem **fyzikálního vyšetření** je zjistit příznaky neurologických, hormonálních a cévních poruch. Vyšetřující si všímá sekundárních pohlavních znaků, tvaru a rozsahu ochlupení, sleduje citlivost penisu na dotyk a chlad. Při vyšetření dolních končetin nemusí ani dobře hmatná pulzace femorálních arterií nebo arterií podkoleních vyloučit možnost nedostatečného prokrvení penisu. Při vyšetření per rectum se posuzuje tvar, velikost a konzistence prostaty, tonus análního sfinkteru a vybavení bulbokavernózního reflexu. Při vyšetření zevního genitálu se zaznamenávají všechny abnormality.

Mezi vstupní **laboratorní vyšetření** patří kompletní krevní obraz, stanovení hladiny kreatininu, urey, glukózy, cholesterolu, triglyceridů, jaterních testů a vyšetření moči. Individuálně se může lékař rozhodnout pro vyšetření hormonů – testosteronu, prolaktinu a folikulostimulujícího hormonu.

Všechna uvedená vyšetření, jak anamnéza, tak i fyzikální, laboratorní a hormonální vyšetření patří mezi základní andrologický screening a nevyžadují nákladné přístrojové

vybavení. Poté se provádí specializovaná vyšetření a nemocného je nutné odeslat na specializované pracoviště, kde další vyšetření provádí lékař specialista – urolog či rentgenolog. Nejčastěji jde o:

- aplikace vazoaktivní látky intrakavernózně
- vyšetření arteriálního systému penisu
- vyšetření venózního systému penisu
- vyšetření nervového systému penisu

Po provedených vyšetřeních lékař stanoví o jaký typ a stupeň poruchy erekce jde a přistoupí k léčbě. Používají se ve většině případů tři metody – medikamentózní léčba, mechanické pomůcky a chirurgická léčba.

Medikamentózní léčba

- **Perorální** – podání tablet. Rozlišujeme preparáty s působením centrálním – yohimbin, apomorfín či s působením periferním – sildenafil (Viagra), tadalafil (Cialis) a další.
- **Intrakavernózní aplikace vazoaktivních látek** – injekční léčba erektilních poruch. Používá se injekce, prostaglandinu E1 (Karon, Caverject) do kavernózních těles penisu. Léčbu je nutné někdy přerušit pro bolestivost při aplikaci nebo technické problémy.
- **Intrauretrální aplikace vazoaktivních látek** – tento způsob není tak účinný jako injekční, protože se musí podávat dávka účinné látky zvýšit 10–50x.

Mechanické pomůcky

- **Penilní kroužky** – při maximální erekci se nasadí na kořen penisu. Na trhu jsou k dispozici různé kroužky určené k redukci venózní drenáže u kořene penisu a usnadnění erekce. Tyto kroužky jsou úspěšné jen u pacientů s intaktní arteriální perfúzí. Jejich užití v monoterapii je tedy krajně limitováno.
- **Vakuová pumpa** – snadno se užívá, navodí erekci často lépe než kterákoliv jiná metoda, nemá prakticky žádné vedlejší účinky. Funguje na jednoduchém principu, kdy se na penis nasadí válec vhodné velikosti, odsaje se z něj vzduch a vznikne podtlak. Podtlakem se do penisu nasává krev a dochází k erekci. Tato metoda je vhodná pro nemocné, kteří nemohou podstoupit jiný druh léčby nebo ji odmítají.

Podmínkou je zručnost nemocného a stálý partnerský vztah, kdy partnerka má pro tento způsob léčby pochopení. Mohou se objevit občas komplikace, protože navozená erekce je odlišná od fyziologické. Při fyziologické erekci se plní jen kavernózní tělesa, zatímco při erekci navozené vakuovou pumpou vykazuje venózní zvětšení celá penilní tkáň. Komplikací jsou zejména petechie, ekchymózy, edémy, pocity chladu a znecitlivění. Mohou se objevit i poruchy ejakulace z komprese uretry. Vakuové pumpy jsou mnohem lépe přijímány staršími pacienty, než mladými.

Chirurgická léčba

Dnešní možnosti snadno dostupné neinvazivní medikamentózní léčby se využívají více než chirurgická léčba. Přesto se na některých pracovištích revaskularizační výkony na penisu dosud provádějí. Přistupuje se k nim až po přesném posouzení vlivu cévní léze na hemodynamiku erektilní funkce penisu. Operačním výkonem chceme docílit zvýšení nebo zlepšení přítoku arteriální, nebo venózní krve do pánve, respektive přímo do penisu.

Léčba arteriální insuficience – účelem je zabezpečit dostatečný přítok krve do penisu. Nemocný nesmí být starší 50 let, musí být bez rizikových faktorů, jako je cukrovka nebo kouření.

Léčba venózní inkompetence – podvaz vén penisu. Podvazují se cíleně ty kavernózní žíly, ze kterých k úniku dochází. Dlouhodobé výsledky nejsou povzbudivé. Lepší prognózu má arterIALIZACE žilního systému penisu, jejímž cílem je přivést dostatečné množství krve do erektilních těles a současně omezit venózní únik. Úspěšnost se udává 35–80 %.

Implantace penilních protéz – jde o náhradu topořivé tkáně. Rozlišujeme semirigidní a hydraulické protézy. Nejzávažnější komplikací této chirurgické léčby je infekce. Následkem usídlení bakterií ve stěně protézy je jakákoliv antibiotická léčba neúčinná. Ve většině případů je pak nutné odstranění celé penilní protézy.

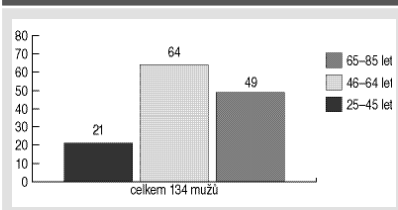
Psychoterapie

Cílem psychoterapie je vytvořit atmosféru bez napětí a strachu a podpořit i jiné sexuální praktiky, než je koitus. Nevýhodou terapie je dlouhá doba trvání, je nutné si domlouvat větší počet návštěv, což snižuje kompliance. Psychoterapii lze s výhodou použít i u pacientů s ED organického původu, protože zřídka mají poruchy erekce jen jedinou příčinu. Je vhodné způsoby léčby kombinovat.

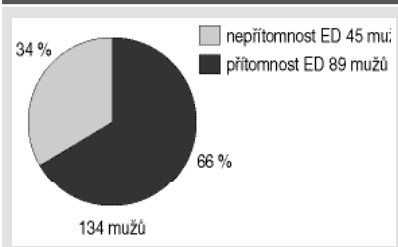
Praktická část – výzkum

V USA proběhla rozsáhlá studie MMAS v letech 1987–1989 o prevalenci erektilní dysfunkce. Zahrnula 1709 mužů ve věku 40–70

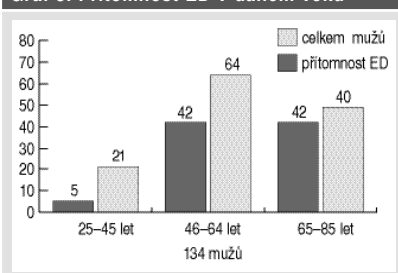
Graf 1. Věkové složení



Graf 2. Přítomnost ED



Graf 3. Přítomnost ED v daném věku



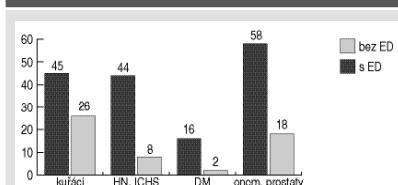
let, kteří vyplňovali dotazníky a hodnotili úroveň a úspěšnost svých sexuálních aktivit. Kompletní informace poskytl 1290 mužů a zjistilo se, že určitý stupeň erektilní dysfunkce udává 52 % a z toho 25 % převažovalo středně závažných, 17 % mírného stupně a 10 % úplné erektilní dysfunkce. Podobná studie proběhla i v České republice, zde byli osloveni muži ve věku 35–65 let, kteří vyplnili dotazníky IIEF5. Výsledkem bylo, že až 54 % mužů trpí určitou formou ED.

Abych zjistila, zda k poruchám erekce dochází jen v pokročilém věku nebo ne, kolik mužů trpí poruchou erekce a zda se na poruchách podílí i jiné faktory, provedla jsem na naší klinice malý výzkum. Prováděla jsem ho u mužů, kteří navštívili naši ambulanci asi během 14 dní. Jejich věková hranice byla od 25 do 85 let. Je fakt, že muž ve věku 85 let byl jediný, ale zařadila jsem ho proto, že on sám se aktivně zajímal o svůj sexuální život po operaci prostaty, kterou měl absolvovat.

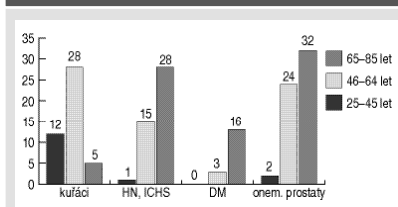
Cílem bylo, aby se do okruhu zkoumaných dostali muži, kteří mají problémy s erekcí, ale i ti, kteří přišli s jinou urologickou diagnózou.

Muži byli sestrou na recepci požádáni o vyplnění dotazníku, ne každý byl ochoten ho vyplňovat. Celkem jsem rozdala 150 dotazníků, vrátilo se 150, ale vyřazeno bylo 10 pro nedostatečné vyplnění a 6, které nebyly vyplněny vůbec. Pro zpracování jsem měla k dispozici 134 dotazníků, se kterými jsem pracovala jako se 100 %.

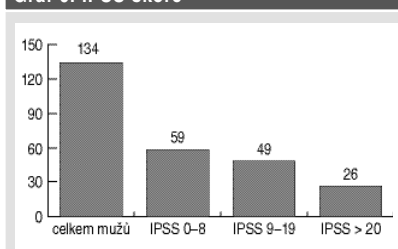
Graf 4. Srovnání komorbidit u mužů s ED a bez ED



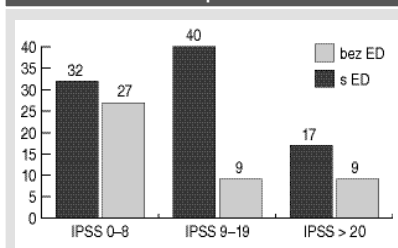
Graf 5. Komorbidity u mužů s ED v daném věku



Graf 6. IPSS skóre



Graf 7. Skóre IPSS a přítomnost ED



Základem šetření byl dotazník, který jsem si vytvořila sama. Obsahoval 17 otázek. V první části byly údaje o respondentovi, jako je jeho rodinný stav, věk, nemoci, operace a léky, které užívá. Ve druhé části jsem využila otázek z mezinárodního dotazníku IIEF-5 a dotazníku IPSS. Otázky jsem zvolila jak uzavřené, kdy odpovědi byly předem formulovány, tak polouzavřené, dotazované předem zvolil odpověď a ještě ji doplnil svojí variantou. Odpovědi, které jsem získala od respondentů jsem si zpracovala a doplnila grafy, které mě pak umožnily srovnávání získaných údajů. Grafy jsem vytvořila k jednotlivým za sebou jdoucím otázkám v dotazníku, ale k vybrané tématice.

Do svého článku jsem nezařadila všechny grafy, které mám k dispozici, ale jen ty, o kterých si myslím, že jsou svými výsledky zajímavé.

Počet mužů v dané věkové skupině

Nejvíce mužů 47 % (64) bylo ve věkové skupině 46–64 let, ve věkové skupině 25–45

let bylo 16 % (21) mužů a 37 % (49) mužů bylo ve věku 65–85 let (graf 1).

Počet mužů a přítomnost ED

Ze 100 % (134) dotazovaných mužů byla v 66 % (89) udána určitá forma ED a jen 34 % (45) mužů bylo bez přítomnosti ED (graf 2).

Počet mužů a přítomnost ED v daném věku

Ve věkové skupině 25–45 let bylo osloveno 21 mužů a z toho již 6 % (5) mužů trpí určitou formou ED. Ve věku 46–64 let počet mírně stoupl, zde z celkového počtu 64 mužů trpí 47 % (42) mužů ED. A největší výskyt ED je ve věku 65–85 let, zde byla její přítomnost prokázána ze 49 mužů u 47 % (42) mužů (graf 3).

Rizikové faktory ovlivňující vznik ED u mužů s poruchou a bez poruchy erekce

Srovnala jsem dvě skupiny mužů, kdy v jedné skupině muži trpí poruchou erekce a ve druhé ne. Vybrala jsem rizikové faktory, které mohou mít vliv na vznik ED. Zjistila jsem, že kuřáků je ve skupině s ED 63 % (45) a ve skupině bez ED je jich méně 37 % (26). Mužů, kteří se léčí na vysoký krevní tlak nebo ischemickou chorobu srdeční je s ED 85 % (44) a bez ED 15 % (8). Diabetiků je ve skupině s ED 89 % (16) a bez ED 11 % (2). Opět nejvíce mužů je těch, kteří trpí onemocněním prostaty, s ED 90 % (58) a bez ED jen 10 % (18) (graf 4).

Počet mužů s rizikovými faktory a jejich vliv na vznik ED v dané věkové kategorii

Počet komorbidit, které mají vliv na vznik ED jsem sledovala ve skupině mužů s ED

a výsledky rozdělila do třech věkových skupin. Zjistila jsem že ve věku 25–45 let je 27 % (12) kuřáků, ve věku 46–64 let 62 % (28) a ve věku 65–85 let 11 % (5). S vysokým krevním tlakem nebo ischemickou chorobou srdeční se léčí ve věku 25–45 let jen 2 % (1) mužů, ve věku 46–64 let 34 % (15) mužů a ve věku 65–85 let již 64 % (28) mužů. Diabetem netrpí ve věku 25–45 let žádný muž, ve věku 46–64 let 19 % (3) muži a ve věku 65–85 let již 81 % (13) mužů. Onemocnění prostaty se objevuje ve věkové skupině 25–45 let ve 3 % (2), ve věku 46–64 let ve 41 % (24) a ve věku 65–85 let v 56 % (32) mužů (graf 5).

Zhodnocení dotazníku IPSS skóre u všech dotázaných

Ze 134 dotázaných mužů trpí lehkým stupněm poruchy močení 44 % (59) mužů, středním stupněm 37 % (49) mužů a těžkým stupněm 19 % (26) mužů (graf 6).

Zhodnocení dotazníku IPSS skóre a přítomnost ED

Zhodnotila jsem výsledky dotazníku na skóre prostatických syndromů u mužů s poruchou erekce a u mužů bez poruchy a zjistila jsem, že lehkým stupněm poruchy močení trpí 54 % (32) mužů s ED a bez ED je to 46 % (27) mužů. Střední stupněm trpí 82 % (40) mužů s ED a bez ED je to 18 % (9) mužů. Těžkým

stupněm trpí 65 % (17) mužů s ED a bez ED je to 35 % (9) mužů (graf 7).

Závěr

Ze zpracovaných výsledků svého průzkumu jsem zjistila, že ze 134 dotazovaných mužů trpí určitým stupněm ED víc než polovina (89) mužů a nejsou to muži jen starší.

Článek jsem nazvala „Je porucha erekce jen projevem stárnutí?“. Je to pravda jen do určité míry. V grafech jsme mohli vidět, že i mladí muži s poruchou erekce nejsou výjimkou. Věk sám o sobě je málokdy příčinou. Nejčastěji se jedná o následek jedné nebo více zdravotních potíží. Ale nejvíce poruch erekce bylo spjata s onemocněním prostaty.

Chtěla bych uvést, že téma erektilní dysfunkce už není tak neznámé. Víc se o něm hovoří a to nejen v kruhu medicíny. Čím dříve se stanoví diagnóza a příčiny poruch se začnou léčit, tím větší je naděje na úspěch.

Dokonce vznikla „Společnost pro sexuální zdraví“, která má své internetové stránky. Je možné klást dotazy, či přímo vést diskuzi po internetu. Tato společnost začala vydávat svůj Bulletin, ve kterém je možné nalézt také hodně cenných rad.

Nyní už se muži nemusí za svůj problém stydět a kdykoliv se mohou obrátit na lékaře, ať je to praktik, urolog nebo sexuolog, musí však k němu mít důvěru.

Literatura

1. Študent V, Záfura F, Mucha Z. Základy urologické andrologie, Galén, spol. s r.o. 2003: 19–63.
2. Společnost pro sexuální zdraví se představuje. Urolog. pro Praxi, 2003; 4: 181.
3. Kubíček V, Kočí K, Chaloupka V. Péče o muže s erektilní dysfunkcí, Lékařské listy, 1999; 24: 1.
4. Dvořáček J, et al. Urologie III ISV Praha 1998: 1491–1514.
5. Čihák R. Anatomie Avicenum 1988, str.