

EJAKULATORNÍ A ORGAZMICKÁ DYSFUNKCE

PŘEDČASNÁ EJAKULACE, OPOŽDĚNÁ EJAKULACE, ANEJAKULACE, NÍZKOOBJEMOVÁ EJAKULACE, RETROGRÁDNÍ EJAKULACE A BOLESTIVÁ EJAKULACE

MUDr. Vladimír Kubíček, CSc.

Centrum andrologické péče, České Budějovice a Praha

Nejběžnější ejakulatorní dysfunkcí je předčasná ejakulace. Řada mužů s předčasnou ejakulací trpí po celý život zvýšenou výbavností ejakulačního reflexu. Pokud k ejakulaci nedochází, jedním z prvních kroků je vyšetření moči po ejakulaci na přítomnost spermií, což umožní rozlišit mezi retrográdní ejakulací a anejakulací. Slabý proud moči a pomalé vytékání ejakulátu po orgasmu svědčí o striktuře uretry. Bolestivá ejakulace může být i jedním z projevů neúplného poranění míchy.

Orgasmus je podobně jako bolest smyslový vjem a je obtížné jej objektivně kategorizovat. Po chirurgických výkonech, jako jsou operace prostaty, nastává změna v kvalitě vnímání orgasmu. Muže, kteří mají takový výkon podstoupit, je nutné o tomto informovat. Po orgasmu se zvyšuje hladina prolaktinu v séru, což souvisí s délkou refrakterní periody a sexuálním chováním po orgasmu. Postorgasmická bodavá bolest po částečném přerušení míchy se léčí obtížně, a pokud přetrvává 2 roky po zranění, nejspíše se neupraví.

Klíčová slova: ejakulace, dysfunkce.

EJACULATORY AND ORGASMIC DYSFUNCTION

Premature ejaculation is the commonest cause of the ejaculatory dysfunction. A proportion of men with premature ejaculation have lifelong oversensitivity of the ejaculatory reflex. If there is a lack of external ejaculation one of the first is examination of the postcoital urine for spermatozoa, as this will distinguish between retrograde ejaculation and anejaculation. Poor urine flow and postorgasmic slow seepage of ejaculate are indicators of urethral stricture. Pain with ejaculation can be one of the manifestations of incomplete spinal injury.

Orgasm, like a pain is a sensation and is difficult to categorize objectively. There is an alteration in the quality of the sensation of orgasm after common surgical procedures such as transurethral resection of the prostate. Men about to undergo such procedures need to be made aware of this. Following orgasm, there is an increase in serum prolactin and this relates to the duration of the refractory period and postorgasmic sexual behaviour. Postorgasmic spinal ice-pick pain following partial spinal cord transaction is difficult to treat and if present for 2 years after injury is unlikely to improve.

Key words: ejaculation, dysfunction.

Urolog. pro Praxi, 2008; 9(5): 231–234

Předčasná ejakulace (ejaculatio praecox) je nejčastější ze všech ejakulačních dysfunkcí. Je to neschopnost ovládat ejakulaci po dostačující dobu po vaginální penetraci. Definice „dostačující doby“ není jednoznačná. U normální populace bylo zjištěno, že v laboratorních podmínkách došlo u poloviny párů k ejakulaci po méně než 20 koitálních pohybech (4). Pro účely klinických studií byl definován **intravaginální ejakulační latenční čas (IELT)**, s normou kratší než 60 sek. Čas lze změřit stopkami, i když byly vyvinuty také jiné měřicí přístroje.

Předčasná ejakulace může být fyziologická, psychická, primární (celoživotní) nebo sekundární v důsledku nadměrné aktivity štítné žlázy, při onemocnění nervového systému či postižení pánevních orgánů. **Fyziologická** předčasná ejakulace je obvyklá u mladých mužů při začátcích sexuální aktivity a obvykle spontánně ustupuje, pokud dojde ke sladení obou partnerů. **Psychická** předčasná ejakulace se může objevit v souvislosti s psychosexuální patologií. Byla pozorována výrazná korelace s výskytem úzkostných stavů. Dlouhou dobu byla předčasná ejakulace považována za pouze psychopatologický jev, v současnosti však byla objasněna etiologie **primární celoživotní předčasné ejakulace**. Za příčinu je považována snížená serotoninergní neurotransmi-

se, postižení 5-HT_{2c} nebo 5-HT_{1a} receptorů a vyšší sérové hladiny leptinu. Leptin je hormon, odvozený z tukových buněk, který vstupuje do interakce se serotoninergními nervovými spoji v CNS. Terapie selektivním inhibitem zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) – antidepresivem citalopramem, která byla použita u mužů s předčasnou ejakulací, způsobila snížení hladiny leptinu v CNS. Účinek přetrvával 3–4 týdny po vysazení citalopramu.

Sekundární předčasná ejakulace byla popisována po poranění mozku, ve spojení s hemodialýzou a s onemocněními prostaty (prostatitis).

Opožděná ejakulace (ejaculatio retardata) – takto je označován stav, kdy je k dosažení ejakulace nutná excesivní stimulace. Diagnóza je stanovena subjektivně a je obtížné odlišit, kdy je opoždění patologického stupně. Pokud si pacient stěžuje na opoždění ejakulace, je třeba se na jeho údaje spolehnout. Během věku dochází k prodloužení IELT, které je součástí zpomalené odpovědi na sexuální podněty. Pokud dochází k výraznému prodloužení IELT, jsou příčiny podobné jako u anejakulace.

Anejakulace je stav, kdy nedochází vůbec k ejakulaci antegrádní ani retrográdní, ale je zachován pocit orgasmu. Příčiny mohou být psychogenní, neurogenní, iatrogenní (farmakologické) a obstrukční.

Neurogenní anejakulace bývá u stavů po poranění míchy, lézi cauda equina, po operacích v retroperitoneu (např. lymfadenektomii, po operaci aneurysmatu aorty, podkovovité ledviny), po kolorektálních výkonech, ve spojitosti s Parkinsonovou nemocí, sclerosis multiplex a diabetickou neuropatií. Byla popisována anejakulace ve spojení s prolaktinomem. Léková anejakulace může být způsobena antihypertenzivy, antipsychotiky, antidepresivy, ale též alkoholem. Obstrukční anejakulace se dostavuje při kongenitální či získané neprůchodnosti ductus ejaculatorii, pokud nedojde k správnému vývoji prostaty či semenných váčků, při dlouhotrvajícím zánětlivém procesu v tkáni prostaty s následnou fibrózou, nebo při nádorovém onemocnění prostaty. Anejakulace se může vyvinout také ze sociálních a religiózních příčin, kdy se mladí muži naučí masturbovat bez ejakulace. Je to někdy patrné u ortodoxních věřících, kteří se snaží nehrěšit „vypouštěním semene mimo lůno manželky své“.

Anejakulace se může dostavit také jako důsledek tantrických sexuálních praktik ve snaze zvýšit sexuální prožitek partnerky (ejaculatio reservata). Následky takovýchto počínání mohou vést ke změně ejakulačního reflexu až k anejakulaci, která však může být spojena s orgazmickou bolestí, hematospermií a kongestivní prostatitidou.

Snížení intenzity proudu při ejakulaci je popisováno jako nedostatečný výstřik ejakulátu při orgazmu, následovaný odkapáváním semene několik minut po něm. S věkem dochází u muže ke snížení svalového tonu uretrální stěny, který se může manifestovat snížením intenzity pulzací při ejakulaci. K tomuto stavu může také dojít při přerušení kontinuity normální svaloviny uretry, např. při stenóze uretry, vzniku uretrálního divertiklu, nebo po substituční uretroplastice.

Nízkoobjemová ejakulace – diagnostika je často založena na údajích pacienta, ačkoli někteří muži nemají správnou představu o tom, jaký má být fyziologický objem ejakulátu. Povšimnou si však změny objemu ejakulátu v průběhu let, což může být důsledkem deficiencie androgenů. Sekrece prostaty a semenných váčků je totiž androgendependentní, objem ejakulátu je dobrým ukazatelem androgenní dostatečnosti. Objem ejakulátu může být snížen také v pokročilém stadiu zánětu prostaty a semenných váčků.

Retrográdní ejakulace je úplné nebo částečné chybění antegrádní ejakulace s odchodem části či celého objemu spermatu do močového měchýře. Sperma je poté vymočeno. Retrográdní ejakulace může být způsobena jakýmkoliv stavem, který zhoršuje uzávěr hrdla močového měchýře nebo zvyšuje odpor uretry v místě apexu prostaty, což způsobuje změnu odporu v této lokalizaci a obrácení směru ejakulace zpět do močového měchýře. Neurogenní retrográdní ejakulace se objevuje u neurologických postižení, která zhoršují uzavírací funkci hrdla močového měchýře, způsobují spasmus svalstva pánevního dna nebo obojí. Mohou to být stavy po poranění míchy, léze cauda equina, spinální dysrafizmy či ventrální lumbální vertebrální fuze. Může se dostavit po po přerušení sympatického nervového řetězce při operaci v retroperitoneu, např. po lymfadenektomii, sympatektomii a operaci aneurysmatu aorty. Může být také následkem porušení pánevního nervového plexu při větší operaci v pánvi, včetně operace kolorektální či anální. Může se objevit při generalizovaných neurologických onemocněních – sclerosis multiplex a při diabetické autonomní neuropatii, zejm. u juvenilního diabetes mellitus. Mnohé léky interferují s funkcí hrdla močového měchýře: antihypertenziva, alfa-1 adrenoreceptoroví antagonisté, antipsychotika s alfa-blokujícím účinkem (např. risperidon a thioridazin) a antidepresiva. Anatomicky podmíněná inkompetence hrdla močového měchýře se může dostavit v souvislosti s kongenitálními defekty trigona močového měchýře, včetně hemitrigona a ektopicky vyústěných ureterů. Inkompetence se může dostavit po operaci hrdla močového měchýře, resekci hrdla močového měchýře a po prostatektomii.

Obstrukce v oblasti apexu prostaty může být způsobena kongenitálními anomáliemi, např. ektopickou ureterokélou, pozůstatky sinus urogenitalis, strikturou membranózní uretry a hypeplázií coliculus seminalis.

Retrográdní ejakulace byla popsána také u muže s hypertenzí rezistentní na léčbu s retroperitoneálním feochromocytomem.

Bolestivá ejakulace – bolestivý pocit je cítit na hrázi, v uretře, v oblasti uretrálního meatu během ejakulace a někdy i po ní. Někdy se objevuje po prostatitidě a uretritidě, často je spojena s bolestivou mikcí. Stav je někdy hůře odlišitelný od orgasmické bolesti, která je obvykle neurogenní etiologie a je hůře lokalizovatelná.

Anamnéza, klinický náález, fyzikální, přístrojová a laboratorní vyšetření

Všech pacientů je nutné se zeptat, zda jsou potíže celoživotní (od začátku sexuální aktivity), nebo zda se objevily v určité době. Anamnéza musí zahrnovat veškerá prodělaná onemocnění, včetně psychotických a depresivních onemocnění, poranění a operace hlavně v oblasti krku, páteře, míchy a pánve a operace močových cest provedené v dětství i v dospělosti. Je nutno zaznamenat veškeré močové potíže, ptát se, jaký je proud moči, zda se nerozstříkává, atd. Rozstříkávání ukazuje na poruchu anatomie uretry. Je nutno zaznamenat užívání veškerých léků, včetně alternativních a doplňků stravy, zeptat se na abúzus alkoholu a návykových látek.

Přímé otázky je nutno klást u:

- předčasné ejakulace: u potíží, které se objevily v určité době, pátrat po příznacích prostatitidy a po anamnéze sexuálně přenosných onemocnění,
- opožděná ejakulace: u některých pacientů je IELT extrémně dlouhá, i když se snaží ji zkrátit za pomoci intenzivní stimulace partnerkou či mechanickou stimulací vibrátorem. Důležité je sledovat, zda se obtíže zhoršují a mají progresivní charakter,
- anejakulace a retrográdní ejakulace: v anamnéze zjistíme chybějící ejakulaci. Důležité je ptát se na přítomnost pocitu vyvrcholení, zda je pocit orgazmu zachován, či zda je přítomna anorgazmie. Je třeba ptát se na noční ejakulace (poluce). Pokud jsou přítomny, jde pravděpodobněji o anejakulaci psychogenní. Pro retrográdní ejakulaci je charakteristická anamnéza odchodu obláčků spermatu při prvním močení po orgazmu,
- snížení tlaku při ejakulaci: typickým anamnestickým údajem je chybění výstřiku ejakulátu a jeho výrazné prosakování do prádla během několika minut po orgazmu. Pokud je současně přítomno zhoršení proudu moči, je pravděpodobná striktura močové trubice. Pokud má pacient patrně

vyklenutí či prosakování moči v průběhu uretry, jsou pravděpodobně příčinou potíží divertikl či fissura močové trubice nebo urinózní píštěl. V anamnéze může být sexuálně přenosná infekce nebo transuretrální výkon.

- snížení objemu ejakulátu: může být interpretován pacientem jako snížení tlaku při ejakulaci. Může být sekundární při nedostatku androgenů, pak je třeba pátrat po dalších symptomech – sníženém libidu, nočním pocení, únavnosti, atd.
- bolestivá ejakulace: obvykle je spojena s zánětem uretry či prostaty, orgasmická bolest je však většinou neuropatického původu, může nastat po předchozím poranění míchy nebo pánve. Tyto stavy je někdy obtížné odlišit. Je třeba zaznamenat, zda v anamnéze byla sexuálně přenosná infekce, zda je současně přítomna bolest v uretře při močení nebo příznaky prostatitidy (suprapubické bolesti, časté nucení na močení, močové urgencye).

Klinické vyšetření

Při klinickém vyšetření hodnotíme náález na genitálu a endokrinní stav organismu. Je nutno přetáhnout předkožku a vyšetřit meatus urethrae externus, zaznamenat případné zánětlivé změny. Vyšetření per rectum s hodnocením tonu anální svaloviny je důležité pro diferenciální diagnózu prostatitidy (bolestivá palpce prostaty, citlivost, napětí prostatické kapsuly). Orientační neurologické vyšetření má zhodnotit reflexy na dolních končetinách a identifikovat oblasti významné ztráty citlivosti, včetně oblasti perineální a sakrální. Jemný tlak na varlata je obvykle pacientovi subjektivně nepříjemný, při autonomní neuropatii tento pocit není přítomen. Kromě hodnocení tonu anální svaloviny je třeba vyšetřit kremasterický a bulbokavernózní reflex. Pokud jsou přítomny abnormální odpovědi, je indikováno neurologické vyšetření.

Laboratorní a přístrojová vyšetření

Retrográdní ejakulaci je možné odlišit od anejakulace vyšetřením vzorku moči po orgazmu. Někdy je obtížné diagnostikovat anejakulaci, zejména u mužů, kteří nikdy nemasturbovali. V tomto případě je nutno požádat muže o vzorek spermatu v kondomu. Další vyšetření jsou indikována individuálně:

- uretroskopie nebo uretrografie při podezření na strikturu uretry. Průtok moči (zaznamenaný uroflowmetrií) nemusí být v tomto případě spolehlivým indikátorem dostatečného průsvitu uretry pro průchod ejakulátu,
- CT nebo NMR je možné využít k vyšetření morfologie pánevních orgánů, anatomii prostaty je možné dobře zhodnotit transrektální sonografií, pánevní NMR či pánevní CT,

- neurofyzilogii pánve lze vyšetřit evokovanými sakrálními potenciály (tyto klinické testy jsou však v praxi málokdy využívány a jejich výsledky obvykle nemají rozhodující vliv na léčbu).

Léčba

U všech případů ejakulární dysfunkce je hlavním léčebným přístupem zvládnout základní onemocnění, tj. u diabetika kompenzace cukrovky, léčba zánětu u prostatitidy atd. Pokud může vyvolávat potíže nějaká medikace, je třeba ji vysadit nebo nahradit jinou. Léčba závisí na typu ejakulární poruchy a na tom, zda muž potřebuje obnovení plodnosti, obnovení normálních sexuálních funkcí nebo oboje. S ohledem na fertilitu je třeba s partnerským párem předem promluvit o možnostech technik inseminace a technikách mikrochirurgického odběru spermií z nadvarlat a z varlat, neboť léčba základního onemocnění a poruchy ejakulace může být zdoluhavá a někdy nemusí k obnově plodnosti vést. Léčbu je třeba vždy přizpůsobit charakteru poruchy ejakulace.

Léčba předčasné ejakulace

Léčba závisí na tom, zda je příčina vrozená či získaná. Při získané předčasné ejakulaci je možné postupovat v následujících krocích:

- podrobné vysvětlení problému,
- doporučení techniky zmáčknutí a uvolnění („ease and squeeze technique“),
- aplikace lokálních anestetizujících prostředků na glans penis (gel, krém či sprej, aplikovaný 15–20 minut před stykem, event. pod prezervativ),
- podávání SSRI před stykem – má lepší efekt nežli „squeeze technika“. Metaanalýza De Stefaniho et al z r. 2000 ukázala, že paroxetin je efektivnější nežli sertralin a fluoxetin a nežli tricyklická antidepresiva,
- kombinace lokální anestezie glandu a SSRI.

Postup závisí na závažnosti potíží pacienta. Při celoživotní předčasné ejakulaci je třeba volit mezi lokálními anestetiky a SSRI medikací, „squeeze“ techniky jsou neúčinné. Nejčastěji se používají selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a tricyklický clomipramin, mohou ale mít nepříjemné vedlejší účinky: ospalost před souloží po užití SSRI a nauzea druhý den ráno po clomipraminu. Léčebné postupy se vyvíjí, jako neúčinnější se zdá být kombinace stimulace 5-hydroxytryptamin 2c receptoru a inhibice 5-HT_{1a} receptoru. U některých pacientů bylo zjištěno, že může být účinné i podávání inhibitorů monoaminoxidázy.

U všech pacientů hraje roli normální anatomie prepucia a frenula, při zkrácení frenula je nutná frenuloplastika. Sexuální aktivita ukončená ejakulací vede k prodloužení IELT při opakování sexuálního

styku, což mohou využít muži s dobrou erektivitou a kratší refrakterní periodou. Řada z nich kompenzuje předčasnou ejakulaci opakováním styku v mladším věku (tj. někdy dlouhá léta) a navštíví lékaře až při zhoršení erektivity a nemožnosti opakovat soulož během krátké doby.

Léčba opožděné ejakulace a anejakulace

Základní příčinu není často možné vyřešit (např. po retroperitoneální lymfadenektomii), v takových případech jsou výsledky léčby nedobré. Pokud jsou intaktní lumbosakrální segmenty míchy, pomůže některým mužům vibrostimulace, aplikovaná na oblast frenula při frekvenci 100 Hz, 6000 vibrací za minutu. Elektroejakulaci lze použít k získání spermatu, což se podaří až u 90 % mužů, ale kvalita spermatu často není dostačující ke kryoprezervaci a in vitro fertilizaci. Elektroejakulace nahradila dříve používaný fylostigmin.

K dosažení ejakulace u mužů s psychogenní anejakulací je možné použít masáže prostaty, což je snazší než elektroejakulace, která vyžaduje celkovou anestezii. U snížení ejakulační propulze je třeba léčit základní příčinu poškození (např. strikturu uretry). U starších mužů bez objektivního patologického nálezu je třeba vysvětlit možnost ochabnutí svaloviny periuretrální a prostatické a zdůraznit potřebu pravidelné ejakulace navazující na uchování erektivity kavernózní tkáně (princip „use it or lose it = používej to, nebo to přestane fungovat“).

Léčba retrogradní ejakulace

K obnovení antegrádní ejakulace se užívají alfa-receptory stimulující léky: efedrin amezinium (hypotenzivum), k obnovení kompetence hrdla močového měchýře je možné užít submukózní injekci vyklenující látky (kolagenu) nebo plastiky hrdla močového měchýře. Efektivita injekce látky vyklenující sliznici hrdla močového měchýře a operační léčby může být velmi dobrá, ale léčba nesmí způsobit obstrukci hrdla a uretry. Léčba infertility je možná získáním spermií z močového měchýře výplachem měchýře po ejakulaci, nebo pomocí operačních mikrochirurgických metod (micro SRT).

Prognóza

Je-li ejakulační dysfunkce způsobena poraněním pánevních nervů, je během prvních dvou let po traumatu pravděpodobné obnovení normálních funkcí. Později je tato možnost mizivá. Obnovení normálních funkcí není možné po poranění míchy, kdy je možné dosáhnout fertility jen pomocí asistované reprodukce.

Prevence

U mladých mužů i tam, kde předčasná ejakulace může být fyziologickým doprovodným jevem začíná

jího sexuálního života, je třeba potíže nebagatelizovat, pacienta řádně vyšetřit a poskytnout mu adekvátní vysvětlení zjištěné situace. Předejde se tím pozdním diagnózám vrozených vad nervového a urogenitálního ústrojí.

ORGASMICKÁ DYSFUNKCE

Definice

Pojem orgasmická dysfunkce zahrnuje chybějící orgasmus (anorgasmii), redukovaný či minimalizovaný pocit orgasmu, bolestivý orgasmus (odynorgasmia, dysorgasmia) a nechtěný mnohočetný orgasmus.

Anorgasmie

Anorgasmie je neschopnost dosáhnout orgasmu. Pokud je neporušena mícha, je obvykle spojena s anejakulací. Po poranění míchy je možné navodit reflexní ejakulaci, ale bez pocitu orgasmu.

Orgasmus redukované intenzity

Změna pocitu a snížení intenzity orgasmu nastává často po radikální prostatektomii. Hlavní příčiny jsou změna anatomických poměrů, chybění pocitu průchodu ejakulátu uretrou a snížená senzitivita v důsledku porušení místních nervových vláken.

Bolestivý orgasmus

Je definován jako difúzní, ne dobře lokalizovaná bolest v pánevní, křížové či bederní oblasti v okamžiku orgasmu a těsně po jeho dosažení, někdy s vyzařováním do dolní části zad a dolních končetin. Stav je někdy obtížné odlišit od prostatické či uretrální bolesti spojené s ejakulací, ta je ale lépe lokalizována. Samostatnou jednotkou jsou orgasmické bolesti hlavy, epileptiformní aura nebo migrény spouštěné orgasmem.

Nechtěný mnohočetný orgasmus

Jen malé procento mužů prožije mnohočetný orgasmus. Velmi zřídka může být tento stav způsoben sekundárně, zánětlivými změnami prostaty nebo semenných váčků, kdy může být tak subjektivně nepříjemný, že vyžaduje terapii.

Etiologie a patogeneze

Orgasmus indukuje u zdravých mužů i žen zvýšení hladin prolaktinu na dobu delší než jednu hodinu. Může to být součástí zpětné vazby dopaminergního systému. Prolaktin reguluje také délku refrakterní doby a sexuální chování po orgasmu. Prolaktinová odpověď chybí u multiorgasmických mužů, a kratší či delší doba poklesu hladiny prolaktinu zkracuje nebo prodlužuje refrakterní periodu. Intenzitu orgasmu ovlivňují endogenní opioidy. Antagonista opioidových receptorů naltrexon podporuje orgasmickou odpověď, zatímco abúzus heroinu je spojen se snížením

nebo úplným vymizením orgazmu. Snížení či vymizení pocitu orgazmu je popisováno po medikaci SSRI antidepressiv a antikonvulzivní léčbě gabapentinem, ale je pravděpodobné, že se vyskytuje při užívání mnoha jiných antipsychotik, a reference pacientů o něm jsou velmi pravděpodobně nižší nežli skutečnost. Ve studii Mondainiho et al. (5) bylo zjištěno, že sildenafil zkracuje refrakterní periodu, ale není známo, zda je to výsledek centrálního nebo periferního působení. Neurofarmakologické regulační cesty orgazmu v CNS je nutno lépe poznat.

Chybění orgazmu může být následkem onemocnění míchy, zlomeniny dorzální části pánce s poraněním pánevního nervového plexu nebo radikálního operačního výkonu v pávní z chirurgické nebo urologické indikace.

Orgazmická dysfunkce po radikální prostatektomii

- žádné změny 22 %
- snížení pocitu orgazmu 37 %
- úplná anorgasmie 37 %
- bolestivý orgazmus (odynorgasmia, dysorgasmia) 14 %

Změněný pocit orgazmu se může dostavit po zlomenině pánce, po transuretrální či radikální prostatektomii a ve spojitosti se zánětlivými změnami prostaty a semenných váčků. Podávání antidepressiva roboxetinu může být spojeno s opožděným orgazmem a orgazmickou bolestí.

Bolestivý orgazmus byl popisován u některých nemocných s neúplnou lézí míšni, kompresivní cervikální myelopatií, při uskřinutí míchy, po zlomenině pánce, po radikální prostatektomii, a také ve spojitosti s těžkou prostatitidou a epididymitidou. Některé případy bolestivého orgazmu jsou raritní – Hargreave popsal bolestivý orgazmus jako první příznak Creutzfeld – Jakobovy nemoci. Může se objevit také u mužů s roztroušenou mozkomíšni sklerózou.

Klinické nálezy

Anamnéza, fyzikální vyšetření, přístrojová vyšetření, laboratorní vyšetření

Získání dobré anamnézy je u poruch orgazmu někdy obtížné. Pacienti často nemají dostatečnou

slovní zásobu k vyjádření svých pocitů. Standardizované dotazníky a hodnotící škály nejsou vytvořeny. Nemocného je přesto třeba nejdříve vyzvat, aby popsal své potíže vlastními slovy a až pak klást doplňující otázky.

Jde-li o chybějící, snížený nebo změněný pocit orgazmu, je třeba v obecné anamnéze zmínit nejčastější organické příčiny: onemocnění či poranění páteře, míchy a pánce, operace v pávní, operace prostaty. Je-li přítomna propagace bolesti do zad a do dolních končetin, je pravděpodobnější postižení míchy. Pozornost je nutno věnovat všem lékům a návykovým látkám. Anamnéza častého močení a bolesti v dolní části břicha, v pávní a ve varlatech mohou ukazovat na možnou prostatitis.

Pokud se jedná o bolestivost, může být lokalizována v oblasti pánce, bederní páteře nebo méně často v oblasti krční či v oblasti chodidel. Bolest může být velmi intenzivní, je popisována někdy jako ledová, bodavá bolest.

Jiný typ bolesti může být při bolestech hlavy, provázejících orgazmus.

- Bolesti hlavy se vztahem k orgazmu jsou dvojí:
- bolesti ze svalové kontrakce vzrůstají se sexuálním vzrušením před dosažením orgazmu,
 - explozivní bolest hlavy nastupující v okamžiku orgazmu, je pravděpodobně cévního původu, často se však cévní etiopatologie obtížně prokazuje.

Klinické vyšetření: je zaměřeno na vyšetření genitálu, včetně vyšetření rektálního s palpací prostaty. Je-li podezření na nervové příčiny potíží, je třeba provést také neurologické vyšetření, případně NMR páteře. Z endokrinologického hlediska je důležité vyšetření prsů u muže, včetně zaznamenání sekrece z bradavek (galaktorrhea), základní vyšetření zorného pole a stanovení hladiny prolaktinu v krvi.

Léčba

- **zlepšení pocitu orgazmu:** je-li to možné, je nutno léčit základní příčinu potíží. Pokud pacient užívá antidepressiva, je třeba je vysadit nebo nahradit jiným typem, který nezpůsobuje orgazmické problémy. Pokud to není možné, je nutné pacientovi vysvětlit souvislost s medikací

a přechodnost potíží, které ustoupí, až nebude antidepressivní terapie nutná. Medikace ke zlepšení pocitu orgazmu bude pravděpodobně dostupná až budou lépe známe mechanismy regulace orgazmu v CNS, možností jsou antagonisté opiátových receptorů,

- **léčba opakovaného orgazmu:** toto postižení je vzácné, je nutno léčit příčinu potíží. V případech extrémních potíží je nutné operační řešení – odstranění semenných váčků nebo prostaty. Není-li možné příčinu identifikovat, je vhodné zkusit terapii léky se známým efektem na orgazmus – antidepressiva skupiny SSRI,
- **léčba orgazmické bolesti:** je-li to možné, je nutná léčba příčiny, např. operační terapie uskřinutí míchy. U mužů po poranění míchy nebo pánce s postorgazmickou bolestí v pávní uspokojivá cílená terapie bohužel není. Doporučují se analgetika podaná před sexuální aktivitou v dávce, která sníží bolest, ale nesníží chuť k sexuální aktivitě, která je sama o sobě inhibována očekáváním bolesti. Pokud bolest spojená s orgazmem přetrvává déle než 2 roky po poranění míchy, bude pravděpodobně trvalá,
- **léčba orgazmických bolestí hlavy:** vaskulogenní bolesti hlavy spojené s orgazmem mívají benigní průběh. Je nutné léčit případnou současnou hypertenzi a pacienta uklidnit. Bolesti mající původ v svalových spazmech mohou polevit po fyzikální terapii, např. masáží. Je vhodné pacienta nechat vyšetřit neurologicky a vyloučit migrénu.

MUDr. Vladimír Kubíček, CSc.

Centrum andrologické péče
U Tří lvů 4, 370 01 České Budějovice
Centrum andrologické péče – GEST
Nad Budánkami II/24, 150 00 Praha 5
e-mail: kubicekmudr@iol.cz

Literatura

1. American Psychiatric Association diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., Washington DC: APA, 2000.
2. Kubíček V. Mužská infertility a asistovaná reprodukce. Postgraduální medicína 2/2004, Praha 2004.
3. Kubíček V. Mužská infertility a erektilní dysfunkce. Praha: Galén, 1996.

4. Masters WH, Johnson VE. The sexual response of the human male. I. Gross anatomic considerations. Western J. Surg. 1963; 71.
5. Mondaini N, Ponchetti R, Muir GH, et al. Sildenafil does not improve sexual function in men without erectile dysfunction but does reduce the postorgasmic refractory time. Intj. Impot. Res. 2003; 15.