

Předčasná ejakulace v klinické praxi

doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.

Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, Praha

Článek poskytuje přehled současných postupů při diagnostice a terapii předčasné ejakulace. Pojednány jsou jak partnerské, tak psychologické aspekty této sexuální dysfunkce. Významnou součástí léčby pacientů s předčasnou ejakulací je psychoterapie. Biologické léčebné metody zahrnují aplikaci lokálních anestetik a farmak. Nejčastěji se používají v této indikaci serotoninergní antidepresiva. Objevují se též zprávy o možnostech chirurgických terapeutických postupů.

Klíčová slova: předčasná ejakulace, diagnostika, terapie.

Preliminary ejaculation – clinical aspects

Contemporary methods in diagnosis and treatment of premature ejaculation are discussed. Overview of partners and psychological aspects of the sexual dysfunction is given. Biological therapeutic methods include topical anesthetics and pharmacotherapy. Most frequently are in this indication used some serotonergic antidepressives. There are informations about possibilities of some surgery therapeutic methods.

Key words: preliminary ejaculation, diagnosis, treatment.

Urol. praxi, 2014; 15(1): 27–29

Předčasná ejakulace je po poruchách erekce druhou nejčastější sexuální poruchou. Tato dysfunkce zahrnuje širokou škálu krátkého trvání pohlavních styků, kterou nelze vždy chápat jako sexuální patologii. Nepochybným defektem sexuální fyziologie je ejakulace překotná. Při tomto stavu dochází k výronu semene někdy již před imisí (ejaculatio ante portas), jindy při zavádění pohlavního údu do pochvy a nebo po několika kopulačních pohybech. Aby tato dysfunkce byla plně vyjádřena, musí k překotné ejakulaci docházet při pravidelných a častých stycích (alespoň několikrát týdně nebo denně) a při pohlavních stycích opakovaných. Fyziologie mužské sexuality zahrnuje totiž nepřímou úměru mezi délkou přestávky v pohlavním životě a dobou trvání pohlavního spojení (1).

Některé neurofyziologické studie ukazují, že „překotní ejakulátoři“ mají objektivně rychlejší reakce a rychlejší vedení vzruchu periferními nervy (2).

Podle MKN-10 je předčasná ejakulace definována jako „neschopnost dostatečně oddálit ejakulaci, aby mohlo dojít k uspokojení z pohlavního styku. K ejakulaci dochází před, nebo do 15 vteřin po začátku soulože“. Důležité je to, co MKN-10 uvádí v popisu, a sice že „Problém není následkem dlouhodobého chybění sexuální aktivity“ (2, 3).

Je třeba rozlišovat předčasnou ejakulaci jako primární, celoživotní sexuální vlastnost (dysfunkci) a předčasnou ejakulaci sekundární, získanou poté, co subjekt dobře fungoval v partnerském vztahu. Na získané dysfunkci tohoto typu se může etiologicky podílet jak složka psychogenní a partnerská,

tak některé somatické příčiny (zejména záněty prostaty, uretry a/nebo předkožkového vaku).

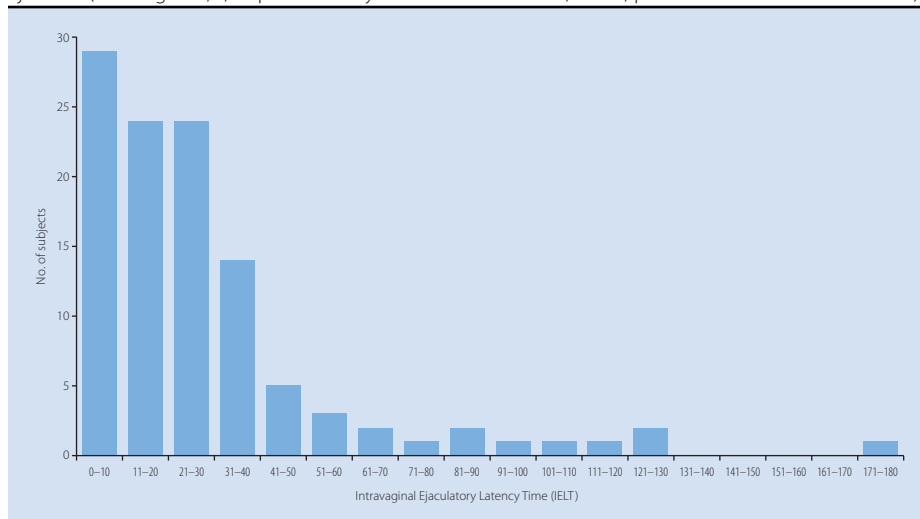
Ejakulace je proces, který se sestává ze dvou fází. Při první z nich, emisi, je spermatická tekutina vypuzována kontrakcemi vezikul, prostaty a chámovodů do zadní uretry. Následuje druhá fáze, expulze, při které je spermatická tekutina vypuzena kontrakcemi bulbokavernózních svalů a svalů pánevního dna při současné relaxaci zevního urinárního svěrače. Emise je řízena sympatickými nervy segmentů Th 10–L2. Expulze zprostředkovávají motorické neurony segmentů S2–S4. Celý proces probíhá za fyziologických okolností simultánně s orgastickou emocí. Velmi omezená je proto jeho volní kontrola (1, 2, 3).

„Normální“ doba trvání pohlavního spojení bývá měřena a hodnocena různě. V dotazníko-

vých šetřeních bývá vyšetřovanými muži někdy výrazně nadhodnocována. Tak v našem průzkumu sexuálního chování respondenti uvedli, že jejich pohlavní styky trvají v průměru asi 14 minut. Od osmdesátých let minulého století však zásluhou osobních monitorovacích přístrojů víme, že průměrné trvání koitu činí zhruba pět minut. Schopnost trvání koitu výrazně prodloužit není zdaleka vlastní všem zdravým mužům (1).

Měření ejakulační latence u zdravých mužů ukazují na nejčastější trvání pohlavního spojení v intervalu 5–6 minut po imisi (4). Opakovaná exaktní měření intravaginální latence ejakulace (IELT – „intravaginal ejaculatory latency time“) ukazují, že naprostá většina mužů, kteří si stěžují na předčasnou ejakulaci, dospívá k vyvrcholení zpravidla do jedné minuty po imisi. Klasický

Graf 1. Výsledek průzkumu skutečného trvání pohlavního spojení většího souboru mužů s předčasnou ejakulací (Waldinger M,D, a spol. Int. J. Psychiat. Clin. Pract. 1998, 2: 287, publikováno se svolením autora)



průzkum skutečného trvání pohlavního spojení u většího souboru mužů s předčasnou ejakulací publikoval Waldinger se spolupracovníky v roce 1998 (graf 1).

V partnerských vztazích se jako spouštěcí prvek nejčastěji uplatňuje změna v postojích partnerky (manželky) dysfunkčního muže, často v souvislosti s nějakým partnerským konfliktem. Zejména mladé, nepřilíživé zkušené ženy mohou být v průběhu partnerského vztahu, ve kterém si „zvykly“ na překotnou ejakulaci partnera, překvapeny zcela jinou zkušeností v rámci náhodného extramatrimoniálního styku. Vyžadují pak od stálého partnera zásadní změnu tak, aby se vyrovnal jinému. Jistá část naší dysfunkční klientely je motivována právě tímto mechanismem.

Nejvíce mužů přichází s předčasnou ejakulací k sexuologickému vyšetření ve věku mladém, do 30 let. Překotná ejakulace je v některých případech konstituční fenomén, který přetrvává a může se vyskytovat i ve věku pokročilém.

U mužů s předčasnou ejakulací se občas vyskytuje zvláštní astenická forma, která je charakterizovaná oslabeným prožíváním orgasmu a tělesných pocitů při výronu semene. Tato astenická forma předčasné ejakulace bývá někdy spojena s chronickou prostatovezikulitidou a jejími následky ve formě zvané někdy „prostatismus“. Jde o svízelný stav, charakterizovaný paresteziemi genitálu a oslabením ejakulačních tahů pánevních svalů i orgasmického prožitku.

Rozvoj druhotné předčasné ejakulace mohou podmínit i další somatické faktory. K těm lokálním patří hypersenzitivita žaludu a předkožky, zapříčiněná chronickým zánětem při fimóze, nebo mechanickým drážděním při těsné předkožce či krátké uzdičce. Vyřešení lokálního problému specifickou terapií poruchu většinou výrazně zlepši.

Základním **terapeutickým opatřením** u předčasné ejakulace je úprava partnerských sexuálních poměrů. Prodloužení ejakulační latence není možné dosáhnout bez pravidelných pohlavních styků nebo jiných výronů semene, a to s častostí, která odpovídá spontánním potřebám pacienta. Častota a pravidelnost lze samozřejmě docílit nekoitálně i masturbací. Svoji roli může hrát také antikoncepce, kterou pár praktikuje. Přerušovaná soulož je pro muže s předčasnou ejakulací pochopitelně nevhodnou antikoncepční praktikou (1, 3).

Tradičně se v rámci psychoterapie pacientů s předčasnou ejakulací využívá „**start-stop technika**“. Jde o manévr, popisovaný již ve starověkých textech. Spočívá v tom, že silný stisk žaludu (až bolestivý) zastaví rozvoj ejakulačního

reflexu. Ve starověkých erotických textech se k podobnému účelu doporučoval kromě stisků penisu též intenzivní tlak na hráz. V novější době tuto techniku znovuobjevil v padesátých letech minulého století Semans. Později ji popularizovaly zejména Masters s Johnsonovou (5). Partneri s předčasnou ejakulací dostávají zásadní instrukci, že po dobu několika měsíců přestanou koitovat. V té době se budou frekventně sexuálně stýkat a k oboustrannému sexuálnímu ukojení bude docházet při vzájemném dráždění na přirození. Partnerka pak při stimulaci pohlavního údu silným stiskem žaludu zablokuje hrozící ejakulaci. Smyslem nácviků je naučit muže, aby byl schopen tolerovat vysokou úroveň sexuálního vzrušení bez ejakulace. Tento nácvik rozhodně není snadný, krátký a jednoduchý. Lze však s jeho pomocí poměrně fyziologicky přecvičit latenci ejakulačního reflexu. Další nespornou výhodou párové nácvikové léčby je důraz na nekoitální sexuální aktivity. Někdy právě nacvičení sexuálního uspokojení ženy nekoitálními technikami pomáhá snížit emoční tenzi páru. Techniku „start-stop“ lze samozřejmě docela úspěšně cvičit též při masturbaci (3, 5).

Jako podpůrnou terapii lze u překotné ejakulace využít **lokální anestetika**. Snižují taktilní citlivost penisu, a tím mohou pomoci pohlavní spojení prodloužit. K těmto účelům se hodí **trimecain, cinchocain, prilocain a lidokain**. Poslední dva přípravky jsou dnes považovány za nejúčinnější (2, 3). Z dostupných originálních přípravků lze doporučit některé lokálně znecitlivující krémy či gely (Mesocain gel, EMLA krém, Instillagel).

Medikamentózní terapie je dnes lékaři i pacienty oblíbená. U mužů s překotnou ejakulací někdy překvapivě dobře působí běžná anxiolytika nebo antidepresiva. Pacienti s překotnou ejakulací někdy uvádějí situační tenzi, trému a strach ze selhání při pohlavním styku. Zde může pomoci ordinace anxiolytik a malých dávek neuroleptik.

Mnohý muž s předčasnou ejakulací se pokouší víceméně úspěšně prodloužit ejakulační latenci konzumací alkoholických nápojů před stykem. V horším případě ke stejnému účelu volí nelegální drogy, zejména ty morfinového typu.

Tricyklické antidepresivum **clomipramin** v dávce 25–50 mg denně u většiny léčených mužů podstatně prodloužuje ejakulační latenci. Jeho účinky jsou srovnatelné s dnes běžněji předepisovanými serotoninergními antidepresivy. Některými pacienty je clomipramin odmítán pro vedlejší účinky, jakými jsou sedace a nebo sucho v ústech.

Lépe než clomipramin jsou snášena serotoninergní antidepresiva (SSRI). Ta u většiny pacientů s předčasnou ejakulací výrazně prodloužují orgasmickou latenci. Dobré zkušenosti v této indikaci jsou popsány zejména s fluoxetinem, paroxetinem, sertralinem a escitalopramem. Obvyklé dávky: fluoxetin 5–20 mg denně, paroxetin v dávce 10–40 mg denně, sertralin 25–200 mg denně, escitalopram 10–20 mg denně (2, 3, 6, 7, 8).

Delší podávání serotoninergních antidepresiv může mít negativní vliv na spermiologické parametry u léčených mužů (9). Měli bychom s touto léčbou tedy být opatrnější u mužů, kteří usilují o koncepci své partnerky.

V klinické praxi někdy zkoušíme, a to se střídavými úspěchy, aplikaci těchto medikamentů v jedné dávce před pohlavním stykem, většinou s odstupem 3–4 hodin před souloží.

Společným problémem terapie předčasné ejakulace podáváním uvedených antidepresiv či jiných psychofarmak je „off label“ indikace. Medikamentem, který je specificky určen pro terapii předčasné ejakulace, je Priligy. Jde o serotoninergní medikament z okruhu antidepresiv SSRI, který má rychlý nástup a poměrně rychlé odbourávání. V některých státech je schválen k terapii předčasné ejakulace a podává se 30–60 mg Priligy přibližně tři hodiny před předpokládaným pohlavním stykem. V těchto dávkách má Priligy vcelku spolehlivý účinek ve smyslu prodloužení latence ejakulace o několik minut. Vedlejší účinky jsou zřejmě častější, než při kontinuální terapii, kdy si organizmus pacientů na SSRI medikament lépe zvyká. Mezi nejčastější negativní vedlejší účinky Priligy patří bolesti hlavy, pocity nevolnosti a parestzie. Nejde však o tak intenzivní příznaky, aby často vedly pacienty k odmítání této medikace (10, 11). Pro českou populaci bude pravděpodobně větším problémem cena tohoto preparátu.

Antidepresiva se serotoninergním účinkem mohou být doplněna medikamenty, inhibujícími fosfodiesterázu 5 (PDE 5 inhibitory). Vyskytují se již také pokusy kombinovat serotoninergní antidepresiva s PDE5 inhibitory do jednoho preparátu k jednorázové aplikaci před pohlavním stykem. Zejména u pacientů s astenickou formou předčasné ejakulace se častěji vyskytují současné problémy s erekcí. U takových pacientů má doplnění SSRI medikamentu sildenafilem, tadalafillem či vardenafillem v obvyklé dávce svůj smysl (2, 3, 6).

Z dalších medikamentů, úspěšných v této indikaci, nacházíme informace o pozitivním účinku tramadolu. Podává se 50–100 mg trama-

dolu denně, nebo 3 hodiny před souloží (2, 3, 6). Opakovaně jsme v naší klinické praxi pozorovali u mužů, závislých na morfinových derivátech, údaj o výrazném prodloužení koitu pod vlivem těchto drog. Také se uvádí, že mezi abstinenční příznaky po vysazení morfinových preparátů patří předčasná ejakulace. Tramadol však zřejmě nebude nejvhodnějším medikamentem pro dlouhodobé podávání, a to jak pro své časté vedlejší účinky, tak pro riziko jisté závislosti.

Urologové znají příznivé účinky inhibitorů α -1 receptorů na předčasnou ejakulaci. Japonský autor nedávno referoval o pozitivních zkušenostech v této indikaci se sympatolytikem silodosem, který podával v dávce 4 mg dvě hodiny před souloží (12).

Zahraniční prameny uvádějí také možnosti invazivní léčby předčasné ejakulace. Pozitivní účinky na latenci ejakulačního reflexu má prý jedno, nebo oboustranné přerušování dorzálního nervu penisu. Pozitivní vliv v tomto směru se popisuje také při „augmentaci“ žaludu penisu subkutánně aplikovaným hyaluronovým gelem (13).

Literatura

1. Zvěřina J. Sexuální dysfunkce. In: Weiss P. (ed.): Sexuologie 2010: 339–364.
2. McMahon Ch G, Jannini E, Waldinger M, Rowland D. Standard Operating Procedures in the Disorders of Orgasm and Ejaculation. J. Sex. Med. 2013; 10/1: 204–229.
3. Daneš L. Předčasná ejakulace. Grada, Praha 2011: 80.
4. Waldinger MD. The Neurobiological Approach to Premature Ejaculation. J. Urology 2002; 168: 2359–2367.
5. Kratochvíl S. Sexuální dysfunkce. Grada, Praha 2008.
6. Althof SE, et al. International Society for Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation. J. Sex. Med. 2010; 7/2: 2947–2969.
7. Bar-Or D, Salottolo KM, Orlando A, Winkler JV. A randomized Double-Blind, Placebo-Controlled Multicenter Study to Evaluate the Efficacy and Safety of Two Doses of the Tramadol Orally Disintegrating Tablets for the Treatment of Premature Ejaculation Within Less Than 2 Minutes. Europ.Urology 2012; 61/4: 736–743.
8. Jannini EA, Porst H (eds.): A Practical Approach to Premature Ejaculation. J. Sex. Med. 2011; 8 (Suppl. 4): 301–367.
9. Koyuncu H, Serefoglu EC, Yencilek E, Atalay H, Akbas NB, Sarica K. Escitalopram Treatment for Premature Ejaculation has a Negative Effect on Semen Parameters. Int.J.Impot.Res. 2011; 23/6: 257–261.
10. McMahon ChG, Althof SE, Kaufman JM, Buvat J, Levine SB, Aquilino JW, Testfay F, Rothman M, Rivas DA, Porst H. Efficacy and Safety of Dapoxetine for the Treatment of Premature Ejaculation: Integrated Analysis of Results from Five Phase Trials. J. Sex. Med. 2011; 8/2: 524–539.

11. Sommer F, Gerwe M. Behandlungsoptionen der Ejaculatio praecox. Schwerpunkt auf Dapoxetin. Blickpunkt der Mann 2010, 8/1: 29–36.

12. Sato Y, et al. Silodosin and its potential for treating premature ejaculation. A preliminary report. Int. J. Urol. 2012; 19: 268–272.

13. Kim JJ, Kwak TI, Jeon BG, Moon DG. Effects of glans Penis Augmentation Using Hyaluronic Acid Gel for Premature Ejaculation, Int. J. Impot. Res. 2004; 16/6: 1–8.

Článek přijat redakcí: 11. 3. 2013

Článek přijat k publikaci: 30. 3. 2013

Autor prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno farmaceutickou firmou.

doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.

Sexuologický ústav

1. LF UK a VFN, Praha

Apolinářská 4, 120 00 Praha 2

zverina.jaroslav@vfn.cz

