

Sexuální dysfunkce u lidí s HIV

MUDr. Ivo Procházka, CSc.

Sexuologický ústav VFN a 1. LF UK Praha

HIV infekce je dnes chronické onemocnění, které při včasné diagnóze a léčbě nemusí významně zhoršovat zdravotní stav. Účinná protivirová léčba podstatně snižuje i infekčnost lidí s HIV. Prodloužení a zkvalitnění jejich života ale přináší výskyt častějších komorbidit včetně sexuálních dysfunkcí. Přetrvávajícím problémem života s HIV je také stigma.

Klíčová slova: HIV infekce, sexuální dysfunkce, komorbidit, stigma.

Sexual dysfunctions among people living with HIV

HIV infection is currently a chronic disease that in case of early diagnosis and treatment should not significantly alter health state of people living with HIV. Effective antiretroviral treatment considerably decreases also infectiousness. Prolongation and improvement of their life results in more commorbidities including sexual dysfunctions. Persisting negative problem of life with HIV is also a widespread stigma.

Key words: HIV infection, sexual dysfunctions, commorbidities, stigma.

Úvod

Ke konci minulého století patřila HIV infekce k neléčitelným a fatálním onemocněním. Objev kombinované antiretrovirové léčby z ní učinil onemocnění chronické, které sice není nadále vyléčitelné, ale je léčitelné. Samo o sobě při včasné diagnóze a dodržení správné léčby již nemusí významně ovlivňovat zdravotní stav pacienta a předpokládanou délku jeho života.

Antiretrovirová léčba má příznivý efekt nejen na imunitu infikovaného jedince, ale snižuje i jeho infekčnost. Také proto se dnes obvykle zahajuje léčba krátce po zjištění diagnózy HIV infekce (1).

Přesto není život osob s HIV ani dnes jednoduchý, i když jejich hlavní problém nebývá přímo jejich zdravotní stav, ale spíše doprovodné stigma, sebestigma, sociální izolace a horší kvalita života. Proto je třeba zaměřit pozornost i na kvalitu jejich života včetně diagnostiky a léčby sexuálních dysfunkcí.

HIV infekce přímo i nepřímo může vést ke vzniku dalších zdravotních potíží a komorbidit. Ty jsou častější s tím, jak se zvyšuje narůstající věk nemocných. HIV pozitivní důchodci dnes nejsou výjimkou. U osob, kteří s HIV žijí již desítky let, se ke zdravotním potížím souvisejícím s běžným procesem stárnutí přidávají příznaky a choroby, které souvisejí s minulou, méně kvalitní léčbou, častějšími lékovými interakcemi a tím, že v minulosti léčba byla obvykle nasazována až po určitém zhoršení imunity. Mezi častější komorbidit osob s HIV ve srovnání s celkovou populací patří chronická onemocnění, jako ischemická choroba srdeční, hypertenze, diabetes, plicní, nefrologická a jaterní onemocnění a výskyt většiny zhoubných nádorů, z psychických potíží pak častější deprese a úzkosti (2).

HIV infekce se častěji objevuje u lidí primárně sociálně stigmatizovaných, členů sexuálních menšin a uživatelů drog (včetně alkoholu a nikotinu). Lidé s HIV mají také častěji

jiné sexuálně přenosné choroby. S tím může souviset častější dyspareunie.

Pochopitelnou nejčastější psychickou reakcí na zjištění HIV infekce je šok, který následně ustupuje. Nezřídka ho doprovázejí pocity viny, obava, zda nedošlo k nákaze blízkých osob.

Vlastní sdělení

Obecně lze říci, že s výjimkou předčasné ejakulace jsou sexuální dysfunkce – ztráta sexuálního zájmu, dyspareunie, porucha erektile a obtížné dosahování orgasmu – častější u osob s HIV než u osob neinfikovaných. Přitom jim je obvykle věnována menší pozornost než u ostatních osob. Souvisí zejména s obavami lékařů i pacientů toto téma otevřít. Sexualita osob s HIV je více tabuizovaná, stále se objevuje téma rizika přenosu. Neléčené sexuální dysfunkce zvyšují riziko nepoužívání metod bezpečnějšího sexu. Při léčbě těchto poruch je vhodná spolupráce sexuologa s HIV specialistou (3).



MUDr. Ivo Procházka, CSc.
Sexuologický ústav VFN a 1. LF UK Praha
ivo.prochazka@lf1.cuni.cz

Cit. zkr: Urol. praxi. 2023;24(3):151-153

Článek přijat redakcí: 23. 3. 2023

Článek přijat k publikaci: 15. 5. 2023

I když mají sexuální dysfunkce zjevnou fyzickou příčinu, tak se mohou na jejich vzniku podílet nebo je zhoršovat i psychické, emoční a vztahové faktory.

Zřejmě nejčerstvější prevalenční studie sexuálních dysfunkcí byla provedena Scanavinem (4) na souboru 234 brazilských osob s HIV. Většina z nich (96%) měla nedetekovatelnou virovou nálož, jejich průměrný věk byl 50 let.

Výskyt erektilních dysfunkcí byl verifikován dotazníkem IIEF-15. U mužů majících sex s muži se vyskytovala ve 45 %, u heterosexuálních mužů v 55 %. Snížený sexuální zájem uvedlo 45 % respondentů. Nejméně, jen 17 % mužů, si stěžovalo na předčasnou ejakulaci.

U heterosexuálních mužů s poruchou erekce byly častěji přítomny snížené hladiny testosteronu a naopak vyšší hladiny prolaktinu. Nicméně četnost sexuálních dysfunkcí obecně byla vyšší u skupiny mužů majících sex s muži. Ženské sexuální dysfunkce pozitivně korelovaly s nižší hladinou estrogenů a vyšší hladinou FSH. Výskyt sexuálních dysfunkcí výrazně koreloval s výskytem deprese a úzkosti.

Snížení sexuálního zájmu

Jen u menší části osob dochází po zjištění HIV diagnózy k rozvoji psychického onemocnění – deprese a úzkostné poruchy (4). Na druhou stranu ty se mohou v důsledku složitější psychické situace rozvinout i po delší době. Mezi příznaky těchto onemocnění může patřit i snížení sexuálního zájmu. Pokud nedojde k obnovení sexuálního zájmu u mužů do roku od zjištění diagnózy a HIV infekce je nadále výrazně stigmatizující, je třeba myslet na přítomnost deprese. Tato porucha může být ještě potencionována vedlejšími účinky některých antidepresiv. Podobně může antidepresivní léčba zvyšovat riziko obtížného dosahování orgasmu.

Častěji lze pozorovat pokles libida u pozdě diagnostikovaných pacientů, kde souvisí především s horším tělesným zdravím a imunitou.

HIV infekce také může snižovat sérovou hladinu androgenů. Příčina není zcela jasná. Lze říci, že až čtvrtina mužů s HIV má nižší sérovou hladinu androgenů, zejména volného testosteronu. Ne vždy ji musí doprovázet sexuální dysfunkce. Častější je u těch mužů, kteří byli diagnostikováni v pokročilém stadiu HIV, u starších mužů a u osob s lipodystrofií (6).

Lidé s HIV, zejména pak muži, bývají častěji zastoupeni mezi uživateli drog. Úzus drog také může přispívat ke snížení sexuálního zájmu. Týká se to i relativně nového fenoménu – chemsexu (sexualizovaného užití drog). Pokud se chroničtí a pravidelní uživatelé chemsexu pokoušejí dosáhnout abstinence, tak to může mít za následek až rok či dva roky trvající poruchu sexuálního zájmu. Také proto bývají při regulaci chemsexu úspěšnější harm reduction programy než abstinence (7).

V minulosti se uvádělo častější snížení sexuálního zájmu u žen než u mužů, zejména s narůstajícím věkem. Je nepochybně častější u žen s HIV než u žen neinfikovaných. Na dysfunkci se mohou podílet častější vulvovaginální atrofie i bakteriální vaginózy. Při léčbě ženské dyspareunie a horší lubrikace se většinou využívají topické estrogeny krémy, může pomoci i běžný intaktní lubrikant. Důležité je ale nejprve vyloučit gynekologickou příčinu potíží. Vzhledem ke komplexnímu charakteru ženské sexuality bývá příčina nižšího zájmu i dyspareunie, často multifaktoriální. U obou pohlaví bylo referováno o častějším snížení sexuálního zájmu, pokud byli léčeni kombinací obsahující dolutegravir (8).

Kromě již zmíněné deprese mohou negativní roli při vzniku snížení libida hrát i faktory psychické, i když ne patologické, například negativní reakce na sdělení HIV positivity a obava sexuálního partnera z přenosu HIV, chybění sexuálního partnera, změněné vnímání body image, subjektivní pocit choroby a ztráta sebevědomí.

Pravidelný a bezproblémový sexuální život koreluje s adherencí k léčbě, ale s ní koreluje i psychická pohoda.

Při léčbě sníženého sexuálního zájmu je vedle úpravy základních příčin klíčová i stabilizace jejich imunity.

Erektilní dysfunkce u mužů s HIV

Nejčastější sexuální poruchou, s níž se muži obracejí na sexuologa, je erektilní dysfunkce. Její výskyt se v populaci mužů s HIV odhaduje nejčastěji na 30–50 %. S přibývajícím věkem prevalence dysfunkce narůstá. Ve studii Fumazové a spol. (9) však měla více než polovina v 500členném souboru 40letých mužů s HIV bez výrazného zhoršení imunity snížené skóre

erektilního indexu (IIEF-5). Možným vysvětliváním vysoké frekvence byla vedle objektivního dotazníkového měření také vyšší koincidence HCV infekce u členů souboru. Přesto se očekává, že vzhledem k šetrnější antiretrovirové léčbě se bude výskyt erektilních poruch ve stejné věkové kategorii do budoucna snižovat.

Vedle běžných příčin poruch erekce, jako jsou cévní endoteliální dysfunkce, se častěji podílejí i příčiny neurogenní (HIV neuropatie, vedlejší účinky léků), endokrinologické (snížení hladiny androgenů). Mezi psychické příčiny patří nižší sebevědomí, obava z přenosu nákazy, obava z prozrazení HIV positivity, obava z trestního stíhání, s níž se několik mužů v minulosti setkalo. K sexuálním dysfunkcím také mohlo přispět egodystonní prožívání sexuální orientace v mládí. Na vaskulogenních příčinách erektilní dysfunkce se mimo jiné významně podílí i nikotinismus, který je u HIV pozitivních mužů několikrát častější.

Někteří muži s HIV řeší riziko přenosu HIV na partnera a případně sexuálních dysfunkcí i dalšími způsoby, nejen používáním kondomu a bezpečnějšího sexu. Mezi ně patří tzv. serosorting, tedy sex, třeba i bez kondomu, ale výlučně s jiným rovněž HIV pozitivním partnerem. Další metodou je u mužů majících sex s muži positioning, příklon k receptivnímu sexu, který je méně infekční a zároveň nevyžaduje tak kvalitní erekci. V dnešní době je rozšířená metoda U = U, tedy že neměřitelná virová nálož umožňuje i nechráněné styky bez obav z přenosu HIV na partnera. Ne vždy ale jejich HIV negativní partneři mají v takovou, relativně novou metodu důvěru (10). Pokud nejde o monogamní pár, tak je při těchto metodách relativně vysoké riziko nákazy jinou sexuálně přenosnou nemocí.

Při léčbě HIV pozitivních mužů používáme obdobnou terapii jako u ostatních osob, tedy lékem první volby jsou inhibitory fosfodiesterázy typu 5 (PDE-5), tedy sildenafil, tadalafil, vardenafil a avanafil. Je třeba pacienta upozornit na možnost rizikové interakce nejen s nitráty, ale i nitrity, tedy amylnitrity a butylnitrity (poppers), které jsou v komunitě mužů majících sex s muži a HIV pozitivních více rozšířené. Výjimkou není ani rekreační užití inhibitorů PDE-5, třeba při chemsexu či sex parties.

Může dojít i k interakcím inhibitorů PDE-5 a antiretrovirotik. Zejména při použití inhibi-

torů proteázy (dnes jde zejména o cobicistat, který je boosterem rozšířeného jednotabletového režimu Genvoya) může dojít ke vzestupu sérových hladin léků. Je tedy vhodnější nepřekračovat v tomto případě u sildenafilu dávku 50 mg. Naopak efavirenz a nenukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy mohou hladinu inhibitorů PDE-5 snižovat. Při nejistotě lze doporučit ověření možných interakcí v tzv. Liverpoolské databázi HIV interakcí (Liverpool HIV Interactions (hiv-druginteractions.org)).

Setkáváme se i s HIV pozitivními muži, kteří preferují při léčbě erektilní dysfunkce užívání intrakavernózních injekcí vazodilativních

látek (prostaglandinů), často ale bez dostatečného vyšetření. Je tedy možné, že u nich slabý efekt tabletové léčby souvisí s nižší hladinou androgenů.

Lze konstatovat, že studií, které by se více věnovaly výskytu sexuálních dysfunkcí v této populační skupině, není mnoho. Přestože jejich význam s přibývajícím věkem života s HIV stoupá. Jednou z příčin může být marginalizace sexuality jako „seriózního tématu“ obecně, ale také menší ochota se na nich podílet u lidí s HIV, kteří je mohou vnímat jako stigmatizující, protože sexualita byla obvykle cestou, jak došlo k jejich nákaze (11).

Závěr

Antiretrovirová léčba výrazně zkvalitnila život i délku života osob žijících s HIV včetně života sexuálního.

S prodloužením života osob žijících s HIV ale přibývá komorbidit, včetně těch, které ovlivňují jejich sexualitu.

Stále přetrvává stigma a internalizované stigma (11), které jim brání ve zlepšení jejich psychického a sexuálního zdraví. Přitom sexualita v jejich životě často hraje významnou roli.

Autor prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.

LITERATURA

1. Jilich D, Kulířová V, a kol. Infekce HIV. Maxdorf Praha 2021. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach – 2nd ed. WHO 2016.
2. Pinzone MR, Gussio M, Bellissimo F, et al. Self-reported sexual dysfunction in HIV-positive subjects: a cross-sectional study. *Infect Dis Trop Med*. 2015;1(2):E104.
3. Scanavino MDT, Mori E, Vichr Nisida V, et al. Sexual Dysfunctions Among People Living With HIV With Long-Term Treatment With Antiretroviral Therapy. *Sex Med*. 2022;10:100542, <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2022.100542>.
4. Tran BX, Ho RCM, Ho CSH, et al. Depression among Patients with HIV/AIDS: Research Development and Effective Interventions (GAP research). *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(10):1772.
5. Santi D, Spaggiari G, Vena W, et al. The Prevalence of Hypogonadism and the Effectiveness of Androgen Administration on Body Composition in HIV-Infected Men: A Meta-Analysis. *Cells*. 2021;10:2067. <https://doi.org/10.3390/cells10082067>.
6. Tangerli MM, Godynuk EA, Gatica-Bahamonde G, et al. Healthcare experiences and barriers for Men Who Have Sex with Men – MSM – who engage in chemsex. *Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health*. 2022;2:100043. <https://doi.org/10.1016/j.etdah.2022.100043>.
7. Zakumumpa H, Kiguba R, Ndagije HB, et al. Patient experiences of sexual dysfunction after transition to dolutegravir-based HIV treatment in mid-Western Uganda: a qualitative study. *BMC Infectious Diseases*. 2022;22:692. <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07673-z>.
8. Fumaz CR, Ayestaran A, Perez-Alvarez N, et al. Clinical and Emotional Factors Related to Erectile Dysfunction in HIV-Infected Men. *Am. J. Men's Health*. 2017;11(3):647-653.
9. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al.; and Partner Study Group. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet*. 2019;393:2428-2438.
10. Anderson J, Fenton K. HIV related stigma: a dangerous roadblock. *BMJ*. 2022;12;379:o2989.