

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 pozitivivity 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 obracují 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 vysvětlením 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 neurogení (HIV neuropatie, vedlejší účinky léků), endokrinologické (snížení hladiny androgenů). Mezi psychické příčiny patří nižší sebevědomí, obava z přenosu nákazy, obava z prozrazení HIV pozitivivity, 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 partneri 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 (popers), 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-