

elektroejakulace (EEJ). Někdy se může podařit získat spermie i z prostatického sekretu po masáži prostaty. Poslední možností je využití metod chirurgického odběru spermií.

**Penilní vibrostimulace** představuje jednoduchou, bezpečnou a neinvazivní možnost odběru ejakulátu zejména u pacientů po míšním poranění s lézí nad úrovní T10. Principem PVS je navození reflexní ejakulace mechanickou stimulací frenula či glans penis vibrostimulátorem se specifickou frekvencí a amplitudou. Mezi možné komplikace patří u spinálních pacientů s lézí nad úrovní T6 rozvoj autonomní dysreflexie. Další možnou komplikací může být vznik erozí či ragád v místě mechanické stimulace. Úspěšnost této metody se udává v rozmezí 50–60% (2, 15). Při dobré kvalitě ejakulátu lze získaný ejakulát užít k domácí intravaginální inseminaci partnerky bez nutnosti použití dalších metod asistované reprodukce.

**Elektroejakulace (EEJ)** je náročnější invazivní metoda s nutností anestezie či sedace dle zachovalé senzitivity. EEJ je vhodná opět zejména u spinálních pacientů. Výhodou je vysoká, až 95% úspěšnost. Principem je vyvolání reflexní ejakulace působením střídavého proudu na oblast semenných váčků a prostaty pomocí sondy zavedené do konečníku. Mezi možné komplikace patří rozvoj autonomní dysreflexie či termické poranění rekta (2, 14).

## Opožděná ejakulace

Podle definice Americké psychiatrické asociace je opožděná ejakulace definována jako jeden ze dvou následujících symptomů – výrazné prodloužení času do ejakulace, nízká frekvence dosažení ejakulace až neschopnost dosažení ejakulace v 75–100% případů, kdy obtíže trvají minimálně 6 měsíců a jsou spojené s negativním vlivem na psychiku muže či jeho partnerky (2). Novější definice zohledňuje spíše čas do ejakulace a neschopnost kontroly ejakulace než psychologický aspekt (2, 16). Rozlišujeme primární (od začátku sexuálního života přítomnou), sekundární (získanou, porucha ejakulace vzniklá v průběhu života) a situační (vazba na konkrétní situaci, parterku aj.) opožděnou ejakulaci. Přesná incidence není známá, uvádí se, že primární formou opožděné ejakulace

trpí 1% mužské populace, získanou 4% (17). Výskyt sekundární formy roste s věkem, ve vyšší věkové skupině postihuje 15–30% mužů (1, 14). Incidence anorgasmie s anejakulací se odhaduje na méně než 1% (1).

Nejčastější etiologie opožděné ejakulace bývá psychogenní, organická (nekompletní míšní léze, poranění n. dorsalis penis, neuropatie, diabetes mellitus), farmakologická (antidepresiva, antipsychotika, alkohol). Hlavní příčinou zůstává věkem podmíněné snížení senzitivity zevního genitálu často akcentované dalšími komorbiditami (např. neuropatie a vaskulopatie při diabetes mellitus) (1, 2, 14). Dříve uváděný rizikový faktor opožděné ejakulace, hypogonadismus, nebyl novějšími studiemi potvrzen (2). Vliv prolaktinu a hormonů štítné žlázy na ejakulaci byl prokázán opakovaně. Hyperprolaktinemie bývá spojena ovlivněním serotoninergního systému s opožděnou ejakulací. Rovněž hypothyreóza vede k rozvoji opožděné ejakulace, oproti tomu hyperthyreóza bývá spojena s předčasnou ejakulací (4, 18, 19). Rovněž cirkumcize, rutinní urologický operační výkon, může snížením citlivosti penisu vést k rozvoji opožděné ejakulace, na což je vhodné muže při indikaci výkonu upozornit (4). Příčinou může být i nedostatečné sexuální vzrušení či nesprávné vzorce masturbace,

např. masturbace z úzkosti (2). V literatuře se v této souvislosti objevuje termín autosexuální orientace, kdy muž k dosažení orgasmu preferuje specifický styl autostimulace a má následně potíže s dosažením ejakulace v partnerském životě (4). Přehled příčin opožděné ejakulace nabízí tabulka 2.

Vyšetření by mělo být zaměřeno na vyloučení organické příčiny stavu, zejména hormonální dysbalance. Užitečné je vyšetření sexuologem s odběrem důkladné psychosexuální anamnézy muže i jeho partnerky.

U psychogenní etiologie v řešení stavu může pomoci psychologická a behaviorální terapie, změna stylu masturbace. Zlepšení může přinést změna medikace nebo snížení příjmu alkoholu (2). Efekt medikamentózní léčby je pouze limitovaný a vzhledem k malému souboru pacientů obtížně hodnotitelný. Žádný lék není oficiálně schválen k léčbě opožděné ejakulace. V literatuře je zmiňována možnost použití yohimbinu, buspironu, alfa-1 agonistů (midodrin, efedrin, pseudoefedrin), testosteronu, amantadinu nebo oxytocinu (2). Jako doplňkovou terapii lze zvolit i PVS. Data k úspěšnosti léto léčby jsou opět pouze limitovaná (2, 20).

V případě přání potomka lze k získání spermií použít PVS, EEJ, v krajním případě metody chirurgického odběru spermií (2).

**Tab. 2. Nejčastější příčiny opožděné ejakulace (upraveno dle EAU Guidelines)**

<b>Anatomické příčiny</b>	Cirkumcize Poranění nervus dorsalis penis
<b>Neurogenní příčiny</b>	Neuropatie (diabetes mellitus) Roztroušená skleróza Míšní poranění
<b>Kongenitální příčiny</b>	Abnormity Wolffových vývodů Cysty z Müllerových vývodů Prune belly syndrom
<b>Infekční příčiny</b>	Uretritida Prostatitida Orchitida Urogenitální tuberkulóza
<b>Endokrinní příčiny</b>	Hypogonadismus Hypothyreóza Hyperprolaktinemie Poruchy metabolismu lipidů
<b>Farmakologické příčiny</b>	Antihypertenziva, thiazidová diuretika Antipsychotika, antidepresiva Alkohol Antiandrogeny Opiáty Alfa-1 blokátory, inhibitory 5-alfa-reduktázy
<b>Psychosexuální příčiny</b>	Úzkost, deprese Partnerský nesoulad Strach z koncepce Náboženské důvody Styl masturbace