

respektive ze semenných váčků do prostatické uretry a

- **expulze** (vypuzení) – to je vyvoláno intenzivními rytmickými kontrakcemi pánevních příčně pruhovaných svalů a příčně pruhovaného svěrače močové trubice, což vede k silovému vypuzení spermatu skrze ústí močové trubice.

Normální průběh ejakulace probíhá ve vzájemné koordinaci sympatických, parasympatických a somatických složek, které ovládají periferní anatomické struktury zapojené do celého procesu ejakulace. Na procesu ejakulace se podílí několik neurotransmiterů:

- noradrenalin a acetylcholin prostřednictvím aktivace alfa-1 adrenoreceptorů a muskarinových receptorů způsobují stimulaci vývodných semenných cest a kontrakci pohlavních žláz a vyvolávají sekreci semenné tekutiny ze semenných váčků,
- oxid dusnatý (NO) v semenných váčcích *in vitro* snižuje kontraktilní aktivitu hladkého svalstva,
- serotonin (5-HT) moduluje ejakulaci prostřednictvím různých podtypů receptorů 5-HT v ejakulačních centrech v páteřní míše,
- blokátory receptorů kyseliny gama-aminomáselné (GABA) (21).

Patofyziologie PE je pravděpodobně multifaktoriální a zahrnuje jak neurobiologické, tak i psychosociální a vztahové faktory. Mezi neurobiologické faktory patří: hyposenzitivita receptoru 5-HT_{2C}, hypersenzitivita receptorů 5-HT_{1A}/5-HT_{1B}, zvýšená exprese serotoninového transportéru, gen promotorové oblasti transportéru 5-HT (5-HTTLPR) a gen pro dopaminový transportér (DAT1). Další příčinou může být hyperexcitabilní ejakulační reflex způsobený hypersenzitivitou glans penis. Mezi psychosociální a vztahové faktory patří časná, až uspěchaná první sexuální zkušenosti, nedostatek vhodných technik a zkušeností pro kontrolu ejakulace, nedostatečné uvědomování si pocitů vzrušení a zejména pak úzkost spojená se svým sexuálním výkonem (22).

Doporučený postup vyšetření a léčby

Při odběhu sexuální anamnézy pacienta je důležité zejména určení začátku, frekvence a trvání příznaků PE. Recentní začátek nástupu PE se současnou anamnézou předchází normální ejakulační funkce značí získaný typ PE. Naopak, pokud PE začala už v době začátku pohlavní zralosti a vyskytuje se při všech pokusech o pohlavní styk, jde o celoživotní PE. Pokud pacient uvádí IEL delší než 5 minut, o PE se nejedná. Dále pak je při odběru anamnézy důležité zhodnotit i erektilní funkci, protože komorbidní erektilní dysfunkce (ED) a PE jsou běžné a muži mohou mít problémy s rozlišením příznaků každé z nich. Důležité je i údaj o užívání léků na předpis či volně prodejných potravinových doplňků a zhodnocení psychického stavu pacienta a jeho partnerky. Vhodné je i cíleně pátrat po předchozích chorobách, jako jsou zejména: uretritida, chronická prostatitida, hypertyreóza či jiná endokrinopatie, Peyronieho choroba a jakákoli předchozí léčba PE nebo ED (9). Nutné je pak celkové fyzikální vyšetření včetně zevního genitálu, kde cíleně pátráme po přítomnosti frenulum breve. Frenulum breve je charakterizováno ventrálním zakřivením žaludu větším než 20 stupňů při zataženém předkožkovém vaku (3). Podle současných guidelines EAU stačí sebehodnocení IEL pro správné stanovení klinické diagnózy PE a IEL měřené stopkami se již nedoporučuje (9). Laboratorní vyšetření ani zobrazovací metody potřeba nejsou, pokud nepotřebujeme vyloučit některé komorbidity. Pokud je třeba, doplníme vyšetření moči nebo kultivaci moči při podezření na chronickou bakteriální prostatitidu, případně je možno zvážit dermatovenerologické vyšetření sexuálně přenosných chorob. Dále je pak možno doplnit testy funkce štítné žlázy (hormon stimulující štítnou žlázu TSH, volný tyroxin fT₄, volný trijodtyronin fT₃) při podezření na hypertyreózu.

Při stanovování anamnézy je možno využít i dotazníky. Ve světové literatuře najdeme dotazníky – Premature Ejaculation Profile (PEP) (7), Index of Premature Ejaculation (IPE) (23) a Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) (7). V České republice ale nejsou validovány jejich české verze. Jejich použití slouží

spíše k vědeckým účelům a v klinické praxi se nám moc neosvědčily.

Léčba

V zásadě lze terapeutické možnosti u PE rozdělit do dvou skupin: na postupy psychologické (tréninkově-behaviorální) a postupy biologické (chirurgické nebo farmakoterapeutické), samozřejmě především v závislosti od etiologie dysfunkce. Volba léčby by měla být založena na preferencích pacienta po prodiskutování rizik a přínosů jednotlivých možností (1, 4). Při rozhodování o vhodné léčbě PE je vhodné zvážit i zapojení partnerky pacienta (1). Guidelines EAU důrazně doporučují nejdříve začít s léčbou primární poruchy, jako např. ED, patologickou tyreopatií a podobně (9). Například u mužů s hypertyreózou normalizace hormonů štítné žlázy pomocí methimazolu snížila dle studie Carani a kol. výskyt předčasné ejakulace z 50 % na 15 % (24). EAU také doporučuje kombinovanou léčbu. Guidelines EAU uvádí, že psychologické nebo behaviorální léčebné postupy lze použít v kombinaci s farmakologickou léčbou a mohou tak zlepšit IEL u mužů s PE. Tato kombinace medikace a psychologické nebo behaviorální léčby může být užitečná zejména u mužů se získanou PE, pokud je v anamnéze zřejmý psychologický faktor, který je příčinou. U mužů s celoživotní PE, kde jejich individuální nebo párové problémy mohou bránit úspěchu behaviorální léčby, je farmakoterapie doporučena jako léčba první volby.

Metodou první volby je u obou typů PE farmakoterapie. Kromě lokálních anestetik (např. cinchocainu, lidocainu) nanášených na penis před stykem se osvědčila především antidepressiva, a to zvláště ze skupiny SSRI (25). Jediný lék tohoto typu schválený přímo v indikaci předčasné ejakulace je však pouze dapoxetin (26). Ten se ovšem dle informací Státního ústavu pro kontrolu léčiv v současné době do ČR nedováží a není nahraditelný (27). V současné době je tedy nutné léčbu ostatními antidepressivy v ČR označit jako off-label.

Antidepressiva

Léčba antidepressivy je bezpečná a účinná (ISSM Level 1a). V následujícím přehledu uvádíme doporučená dávkování dle ISSM: