

- klomipramin 25–50 mg/den nebo 25 mg 4–24 hodin před pohlavním stykem
- fluoxetin 5–20 mg/den
- paroxetin 10–40 mg/den nebo 20 mg 3–4 hodiny před pohlavním stykem
- sertralin 25–200 mg/den nebo 50 mg 4–8 hodin před pohlavním stykem
- citalopram 20–40 mg/den
- dapoxetin 30–60 mg 1–2 hodiny před pohlavním stykem

Je ale důležité zdůraznit, že u mužů s bipolární poruchou v anamnéze, mužů mladších 18 let (riziko sebevraždy) a mužů s komorbidní depresivní poruchou je nutné se vyhnout selektivním inhibitorům zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) při léčbě PE. U mužů starších 18 let SSRI zlepšují symptomy PE a celkovou spokojenost s léčbou, ale mohou zvyšovat riziko nežádoucích účinků u mužů s celoživotní PE. Léčba SSRI pomocí denního dávkování, ale nikoli léčba on-demand, může u mužů s PE zvýšit IELT. Dále je nutné znát nežádoucí účinky antidepresiv. Ty mohou být závislé na podávané dávce léku a jejich výskyt může být snížen snížením dávky nebo podáváním léku pouze před plánovaným pohlavním stykem. Mezi časté nežádoucí účinky patří zejména snížení libida, anorgasmie a ED (9).

Inhibitory 5 fosfodiesterázy – iPDE5

Doporučení léčby PE pomocí iPDE5 se podle jednotlivých společností liší. EAU doporučuje inhibitory iPDE5 podávat buď samostatně, nebo v kombinaci s dalšími léčebnými postupy pro léčbu PE u mužů (s ED nebo bez ní) (EAU důrazné doporučení). Naopak ISSM nedoporučuje iPDE5 k léčbě celoživotní PE u mužů s normální erektilní funkcí (ISSM úroveň 4d).

Tramadol

Guidelines EAU také jako jednu z možností léčby PE doporučují používat tramadol on-demand jako alternativu k SSRI. Tramadol je doporučen u mužů s PE refrakterní na jinou léčbu vzhledem k riziku vzniku závislosti a nežádoucích účinků. Neměl by být kombinován se SSRI kvůli riziku vzniku serotoninového syndromu (9). To je život ohrožující stav, který je vyvolán zvýšenou hladinou serotoninu. Nejčastěji vzniká po užívání SSRI v kombinaci

s inhibitory monoaminooxidázy, užíváním lehkých opioidů (jako je právě tramadol), či při léčbě lithiem. Může se též objevit v souvislosti s intoxikací amfetaminy při kombinaci s výše uvedenými (32).

Lokální anestetika a chirurgická léčba

Lokální anestetika on-demand (lidokain nebo prilokain ve formě krému, gelu nebo spreje) před pohlavním stykem lze pacientům nabídnout jako alternativu k perorální léčbě SSRI (důrazné doporučení EAU). Lokální anestetika jsou bezpečná a účinná při léčbě celoživotní PE (ISSM úroveň 1a). Působí tak, že snižují přecitlivělost žaludu penisu, ale účinky mohou být omezeny vrozenou sníženou citlivostí penisu nebo znecitlivěním a podrážděním partnerky či partnera.

Naopak o prospěšnosti chirurgických zákroků při PE jsou pouze omezené důkazy a EAU ani ISSM je již nedoporučuje (1, 9). Jsou popsány komplikace chirurgických zákroků na penisu jako: hypoestezie, chronická bolest, ED, Peyronieho choroba, snížené sexuální uspokojení obou partnerů. Selektivní neurotomie dorzálního nervu nebo augmentace glans penis pomocí gelu s kyselinou hyaluronovou může být spojeno s trvalou ztrátou sexuální funkce a nedoporučuje se při léčbě PE (28).

Fyzická aktivita

Dle studie Kilinca a kol. mírná fyzická aktivita delší než 30 minut prováděná pětikrát týdně může být stejně účinná jako dapoxetin on-demand ke zlepšení IELT u mužů s předčasnou ejakulací (29). A dle studie Pastoreho a kol. rehabilitace pánevního dna může zlepšit IELT u mužů s PE, ale je méně účinná než dapoxetin on-demand (30).

Behaviorální a psychosociální terapie

Tento typ terapie je vhodné zvážit u mužů se získanou PE. Psychoterapie může být užitečným doplňkem medikamentózní léčby při řešení úzkosti z výkonu a ke zvýšení sebevědomí pacienta. Dále pak pomůže při komunikaci mezi pacientem a partnerkou. Řeší mezilidské problémy, které mohou ovlivňovat sexuální vztah pacienta. Kombinovaná psychologická léčba a podání medikace může být užitečné zejména v případě léčby mužů se

získanou PE, pokud je zřejmý psychologický faktor onemocnění.

Nejčastěji používané techniky jsou:

- Technika pauzy a stisku – muž nebo jeho partnerka stimulují penis až do nutkání k ejakulaci, poté stisknou žalud penisu, dokud pocit nepomine. Proces se několikrát opakuje, než dojde k ejakulaci.
- Technika stop-start – muž nebo jeho partnerka stimulují penis, dokud necítí nutkání k ejakulaci, pak přestanou, dokud pocit nepomine. Proces se několikrát opakuje, než dojde k ejakulaci. Cílem je rozpoznat pocity vzrušení, aby se zlepšila kontrola nad ejakulací.
- Zaměřování na smysly – muž a partnerka se soustředí na doteky (s výjimkou prsou, genitálií a pohlavního styku), aby zvýšili svou schopnost uvědomování si těla a zároveň snížili úzkost z výkonu. Postupně mohou znovu zavádět doteky genitálií a poté plný pohlavní styk.
- Masturbace před očekávaným pohlavním stykem (31).

Závěr

Předčasná ejakulace představuje významný problém, který postihuje široké spektrum mužské populace a má značný dopad na psychickou a psychosexuální pohodu jedinců. V současnosti jsou dostupné různé terapeutické možnosti, od behaviorálních technik až po farmakoterapii, avšak potřeba individualizace léčby je zásadní pro dosažení optimálních výsledků. PE je po ED druhou nejčastější sexuální dysfunkcí u mužů s celosvětovou prevalencí přibližně 20–30 %. Dosud neexistující všeobecně uznávaná definice PE komplikuje zkoumání a analýzu PE v klinických a výzkumných podmínkách. Všechny dosud používané definice nedefinují PE v důsledku jiných sexuálních aktivit, než je vaginální styk, dokonce ani neexistuje definice PE pro muže, kteří mají sex s muži. Je také třeba jasně definovat dopad PE na muže a jejich partnerky. V České republice neexistuje validovaný dotazník k ověření diagnózy PE a dosud se opíráme pouze o odhadovaný IELT našich pacientů. V léčbě této dysfunkce je první volbou farmakoterapie, nezbytným doplňkem léčby je však i racionální nebo behaviorální psychoterapie.