Sexuální dysfunkce u mužů

Nízká sexuální apetence

- MKN–10: ***Nedostatek, nebo ztráta sexuální touhy F52 (https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F52)***

Nízká sexuální apetence je u mužů (na rozdíl od žen) porucha vzácná. Jako **primární** porucha se vyskytuje u hypogonadismů s chybějící či oslabenou produkcí androgenů. Tito pacienti jsou zpravidla postiženi též typickými poruchami sexuálního tělesného vývoje. Terapie musí odpovídat základní poruše.

Nejvíce stavů nízké sexuální apetence má povahu **sekundární**. Jejich hlavní charakteristickou bývá deprese. Pokles nálady nemusí být vždy snadno zjistitelný. Nízká aktivita dopaminergních regulací a vysoká hladina prolaktinu patří k častým příčinám snížené sexuální apetence. Hyperprolaktinemie může být způsobena psychickými stresy, nebo tělesným onemocněním. Může mít souvislost s podáváním medikamentů (psychofarmaka). Extrémně vysoké hladiny prolaktinu bývají způsobeny adenomem hypofýzy (prolaktinom).

Někteří zdánlivě málo sexuálně aktivní muži mají jiné než typicky heterosexuální zájmy. Ty se realizují mimo heterosexuální partnerské vztahy. Většina takových pacientů, které jsme vyšetřili, byli homosexuální muži. Nechybějí zde však ani pedofilové, fetišisté a transvestité či transsexuálové. Ne vždy je tedy snaha sexuálně deviantních mužů kompenzovat svůj problém uzavřením sňatku úspěšná.

Poruchy erekce

- MKN–10: ***Selhání genitální odpovědi*** F52.2 (https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F52.2)

V klinické praxi **nejčastější** sexuální dysfunkcí je nedostatečná tuhost pohlavního údu. S tímto problémem se alespoň někdy v životě setká naprostá většina mužů. Jako **klinicky relevantní sexuální dysfunkci** hodnotíme, když erekce opakovaně nedosahuje té úrovně, která by byla dostatečná k uspokojivému spojení pohlavních orgánů.

Výskyt

Výskyt poruch erekce se zvyšuje s věkem, zejména u mužů po čtyřicítce. V populární massachusettské studii stárnoucích mužů ve věku 40–70 let byla celoživotní prevalence poruch erekce vyšší než 52 %.

Rozdělení

Porucha erekce může být **izolovaná**. Pak jde jen a jen o problém tuhosti (či spíše "tvrdosti") pohlavního údu. Všechny ostatní sexuální funkce probíhají spolehlivě. Ve většině případů konstatujeme **kombinaci** poruch ztopoření s dalšími sexuálními dysfunkcemi. Především se sníženou sexuální apetencí, sníženou vzrušivostí nebo s předčasnou ejakulací.

Rozlišujeme poruchy erekce:

1. **kompletní**
2. **inkompletní**

Při ***kompletní poruše*** je tvrdost pohlavního údu nedostatečná za všech okolností. Tedy také erekce spontánní (erekce noční a ranní) a erekce masturbačních a při nekoitální stimulací navozené, jsou nedostatečné.

Neúplné (inkompletní) poruchy erekce jsou v klinické praxi mnohem častější. Problémy s nedostatečnou tvrdostí erekce se u těchto pacientů vyskytují jen někdy a v některých situacích. Jsou potíže s erekcí při koitu, nejsou však významně narušeny erekce spontánní a masturbační. Ani v této kategorii však nelze bez dalších vyšetření vyloučit organické příčiny. Zatímco u kompletní poruchy erekce není zpravidla o organicitě pochyb, nekompletní dysfunkce jsou typicky multifaktoriální povahy. Prolínají se u nich vlivy biologické, psychické, partnerské a sociální.

Velký význam má rozlišení poruch erekce **primárních** a **sekundárních**. Primární porucha se vyskytuje od samého začátku pohlavního života. Pokud nejde o prosté debutantní selhávání přechodného charakteru, má prognózu horší, než poruchy sekundární povahy.

V následující tabulce jsou uvedeny orientační diskriminující charakteristiky "organických" a "psychogenních" poruch erekce:

	organická p.	**psychogenní p.**
Náhlý začátek	–	+
Plíživý začátek	+	–
Nestabilita poruchy	–	+
Věk nad 30 roků	+	–
Psychopatologie	+	+
Partnerské konflikty	+	+

Z tabulky je zřejmé, že psychopatologické příznaky ani partnerské konflikty samy o sobě ještě neznamenají, že porucha erekce je "funkční". Pro stanovení adekvátní terapie je nezbytná důkladná sexuální anamnéza, jakož i tělesné vyšetření. V prvé fázi je třeba především důkladně popsat povahu poruchy. Také osamocený muž může dokonale prozkoumat své schopnosti erekce. Důležitým vodítkem jsou zde erekce noční, ranní a zejména erekce při masturbaci.

Léčba

Psychoterapie

V léčení poruch erekce se uplatňuje **psychoterapie**. Zejména u inkompletních a kombinovaných poruch je důležitá. Ne vždy je nutná klasická párová sexoterapie. Někdy stačí racionální a explikativní přístup u samotného muže.

Farmakoterapie

Dopaminergní preparáty (ergolinové preparáty, bromokryptin, apomorfin, yohimbin) zvyšují sexuální aktivitu centrálním účinkem.

Vazodilatační farmaka lze zkusit všude tam, kde předpokládáme tepennou lézi. Stimulancia nemají periferně příznivý vliv na erekci. Spíše naopak. Mohou však zlepšovat náladu a zvýšením úrovně bdělosti zvýšit i sexuální podnikavost pacientů.

Inhibitory fosfodiesterázy 5 (PDE 5) svým účinkem potencují účinek oxidu dusnatého v topořivých tělesech penisu (sildenafil, vardenafil, tadalafil). Působí v ose: L-arginin/NO/guanylat cykláza/cGMP. Jde o medikamenty, které zlepšují poruchy erekce až v 80 % případů. Znamenaly významný pokrok v léčení těchto poruch.

Tradičně se u mužů s poruchami erekce podávají **androgeny**. O aktivačním vlivu exogenního testosteronu na sexuální aktivitu hypogonadálních mužů není pochyb.

Intrakavernózní aplikace vazoaktivních látek: Po aplikaci účinné dávky papaverinu, phentolaminu, prostaglandinu E1 (alprostadil), nebo jejich směsi do dutého topořivého tělesa penisu dojde u zdravého muže k erekci. Takto navozená erekce nastupuje během několika minut po podání a odeznívá za 1–2 hodiny. Nepodaří-li se ani vysokou dávkou vasodilatačních prostředků navodit pevnou erekci, pak jde o těžkou cévní lézi, zpravidla nejen arteriálního charakteru, ale též s venózní složkou. Hlavním rizikem této procedury je prolongovaná erekce. Každá aplikace vazoaktivních látek do kavernózních těles proto vyžaduje dobrou dostupnost kvalifikované urologické péče v případě prolongované erekce (pripaismu). U mužů s poruchami erekce lze někdy uvažovat o *autoinjekční terapii*. Při té si pacient doma aplikuje do kavernozních těles penisu předem stanovenou dávku vazoaktivní substance a s takto posílenou erekcí realizuje pohlavní styky.

Penilní endoprotéza

Konečně je možné jinak neovlivnitelné poruchy erekce řešit **implantací penilních endoprotéz**. Jde o silikonové výplně, které se implantují do kavernózních těles penisu. Existují semirigidní jednoduché systémy. Byly však též zkonstruovány endoprotézy inflantabilní, vybavené komplikovaným hydraulickým systémem, který umožňuje zevními manipulacemi navodit rigiditu a podle potřeby ji prodlužovat.

Související články

- Penis
- Sexuální dysfunkce
- Sexuální dysfunkce u mužů
- Vaskulogenní_impotence

Překotná (předčasná) ejakulace

- MKN–10: F52.4 (https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F52.4)

Kategorie "ejaculatio praecox" zahrnuje širokou škálu krátkého trvání pohlavních styků, kterou nelze bez výhrad chápat jako sexuální dysfunkci.

Nepochybným defektem sexuální fyziologie je **překotná ejakulace**. Při tomto stavu dochází k výronu semene někdy již před imisí (*ejaculatio ante portas*), jindy při zavádění pohlavního údu do pochvy a nebo po několika kopulačních pohybech. Aby tato dysfunkce byla plně vyjádřena, musí k překotné ejakulaci docházet při častých stycích (alespoň několikrát týdně, nebo denně), a při pohlavních stycích opakovaných. Nejvíce těchto mužů přichází k sexuologickému vyšetření ve věku mladém, do 30 roků. Podle MKN–10 je předčasná ejakulace definována jako „neschopnost dostatečně oddálit ejakulaci, aby mohlo dojít k uspokojení z pohlavního styku. K ejakulaci dochází před, nebo do 15 vteřin po začátku soulože“. Důležité je to, co MKN-10 uvádí v popisu, a sice že „Problém není následkem dlouhodobého chybění sexuální aktivity“.

Většinou jde o **primární** záležitost. Stav kolísá podle toho, jak se daří realizovat pohlavní styky. Mnoho záleží na partnerských poměrech. Jsou ženy tolerantní, kterým krátké spojení nevadí. Spokojí se s nekoitálními styky jako hlavním zdrojem svého sexuálního uspokojení. Jsou však ženy s vysokou úrovní očekávání, které dovedou muže s předčasnou ejakulací stresovat. Nejtypičtější je situace, při které muž má překotnou ejakulaci hlavně proto, že nesouloží pravidelně. Žena pak nesvolí k častějšímu styku, protože ten je tak krátký, že "to nestojí za to". A začarovaný kruh se uzavírá ...

Základním **terapeutickým opatřením** je úprava partnerských sexuálních poměrů. Neexistuje zlepšení předčasné ejakulace bez pravidelných pohlavních styků s frekvencí, která odpovídá spontánním potřebám pacienta.

V posledních letech se v rámci sexoterapie dysfunkčních partnerů často využívá ***stiskací technika*** (*squeeze technic*). Jde o manévr dobře známý již ve starověku. Spočívá v tom, že silný stisk žaludu (až bolestivý) zastaví rozvoj ejakulačního reflexu. Smyslem těchto nácviků je naučit muže, aby toleroval vysokou úroveň sexuálního vzrušení bez ejakulace. Nespornou výhodou párové nácvikové léčby je důraz na nekoitální sexuální aktivity. Někdy právě nacvičení sexuálního uspokojení ženy nekoitálními technikami pomáhá snížit emoční tenzi páru. Jako podpůrnou terapii lze u překotné ejakulace využít lokální anestetika. Také některá psychofarmaka prodlužují ejakulační latenci (clomipramin, antidepresiva z okruhu SSRI).

Poruchy orgasmu u mužů

Anorgasmie

- MKN–10: ***Dysfunkční orgasmus F52.3 (https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F52.3)***

Termín znamená *neschopnost prožít orgasmus*. Ve zcela vyjádřených případech pacient není schopen docílit orgasmus ani pohlavním stykem, ani nekoitální stimulací, ani masturbací. I těmto mužům odchází více či méně pravidelně semeno. Dochází k tomu však jen při nočních polucích. Většina pravých anorgasmií u mužů má povahu **primární**. Jen zcela vzácně se vyskytne anorgasmie sekundární. Suverénní **léčbou** anorgasmie je nácviková terapie, případně s použitím vibrátoru nebo jiné masturbační pomůcky. **Diferenciálně diagnosticky** je nutno pravou anorgasmii odlišit od koitální anorgasmie (kdy je muž schopen orgasmu jen nekoitálně nebo masturbací).

Orgasmus retardatus

- MKN–10: ***„Dysfunkční orgasmus“ F52.3***

Při této sexuální dysfunkci vykazuje muž *abnormálně dlouho orgastickou latenci*. K vyvolání orgasmu je nutná dlouhá a intenzivní stimulace. Takoví muži se vyznačují neobvykle dlouhým trváním pohlavního spojení. K orgasmu se dostávají někdy až po desítkách minut nebo více než hodině kopulace. Za fyziologických okolností se může abnormní ejakulační latence vyskytnout též u zdravých mužů při sukcesivních pohlavních stycích. Jako dysfunkci takový stav hodnotíme, vyskytuje-li se po přiměřené sexuální abstinenci a působí-li u pacienta negativní prožitky. Někdy si na retardovaný orgasmus stěžují muži v involuci, když jim tělesný stav ztěžuje dokončení pohlavního styku.

Pravý retardovaný orgasmus je dysfunkcí **idiopatickou** a má konstituční povahu. Vyskytují se však také sekundární poruchy tohoto typu. Příčiny mohou být různé. Například pokles sexuální vzrušivosti při sekundárním hypogonadismu, porucha inervace genitálu při periferní neuropatii nebo při systémovém neurologickém onemocnění. Retardovaný orgasmus může být také způsoben podáváním psychofarmak (neuroleptika, antidepresiva).

Terapie retardovaného orgasmu je obtížná, pokud jde o primární konstituční dysfunkci. Suverénním prostředkem k dosažení orgasmu je zde intenzivní dráždění nekoitální, posílené případně použitím intenzivně pracujícího vibrátoru.

Anejakulace při orgasmu („suchý orgasmus“)

Suchý orgasmus je sexuální dysfunkce, která je v posledním desetiletí stále častější. Na zvýšeném výskytu se podílejí především stavy po úrazech a chirurgických zákrocích a také častější podávání hypotenziv a psychofarmak.

Suchý orgasmus má dvě možné základní příčiny. Prvou je **retrográdní ejakulace**. Při expulzi se ejakulát nevypudí z uretry ven, nýbrž odchází do močového měchýře. Dochází k tomu nejčastěji při vegetativních neuropatiích (diabetes a jiné příčiny).

Druhou možnou příčinou suchého orgasmu je **pravá anejakulace**. Při této poruše k orgasmu sice dojde, avšak semeno není vypuzeno do močové trubice. Jde o blokádu sympatické inervace první fáze ejakulačního procesu (emise). Příčinou může být farmakologická blokáda inervace vlivem sympatikolyticky působících medikamentů. Nejčastější příčinou je podávání hypotenziv (např. guanetidinu) a psychofarmak (neuroleptika, některá antidepresiva). Blokáda ejakulace může být rovněž způsobena periferní vegetativní neuropatií při diabetu a jiných základních onemocněních, nebo míšní lézí (trauma, retroperitoneální chirurgie, nebo systémové neurologické onemocnění). Ztráta ejakulace nastává také po radikálních prostatektomiích, kde je příčinou anatomická destrukce hlavního zdroje semenné tekutiny, tedy semenných váčků a prostaty, jakož i ztráta komunikace mezi chámovody a uretrou. Anejakulace při orgasmu není v žádném případě důvodem k většímu znepokojení. Pohlavní život probíhá obvyklým způsobem. Jen při některých etiologických momentech může být narušena také erekce.

Priapismus

Jako **priapismus** označujeme *dlouhotrvající a spontánně neustupující erekci*, která je většinou výrazně bolestivá. Hlavním rizikem tohoto stavu je hypoxická fibróza kavernózních těles s následnou ireverzibilní poruchou erekce. V diagnostice se uplatňuje fyzikální vyšetření, kdy je penis v rigidní tumescenci, ale glans penis je měkký.

Rozlišujeme dva typy priapismu:

- nízkoprůtokový (ischemický) − na podkladě venózní okluze, není zde dostatečný přísun okysličené krve a dochází k ischemickému poškození kavernózních těles;
- vysokoprůtokový (neischemický) − nadměrný přísun arteriální krve, nevede k poškození kavernózních těles.

Etiologie

Nejčastější příčinou priapismu je intrakavernozní aplikace léčiv např. PGE1 při léčbě erektilní dysfunkce. K rozvoji priapismu disponují všechny stavy se zvýšenou krevní srážlivostí. Známým disponujícím činitelem je srpkovitá anémie, leukemie a trombembolická nemoc. Z medikamentů zvyšují pravděpodobnost výskytu priapismu neuroleptika, zejména fenothiazinové řady a tricyklická antidepresiva. Vyskytuje se u míšních traumatických lézí. Priapismus (a břišní dýchání) u pacienta v bezvědomí svědčí pro poškození míchy.

Vysokoprůtokový priapismus se vyskytuje u úrazů malé pánve, kde se vytvoří arterio-kavernózní spojka.

Léčba

V rámci první pomoci se penis chladí. Léčbou priapismu je punkce obou kavenozních těles širší jehlou a aspirace krve, která se následně posílá na vyšetření krevních plynů k rozlišení typu priapismu. Při nedostatečné detumescenci je možné opakovaně provádět proplach 1–2 ml fyziologického roztoku či ředěného noradrenalinu. Pokud ani poté není efekt dostatečný, přistupujeme k vytvoření spongio-kavernózní spojky. Přes glans penis do karvenozního tělesa zavádíme jehlu tak, aby mohla krev odtékat přes spongiózní těleso. Poslední možností je chirurgické spojení mezi *v. saphena* a kavernózním tělesem.

Léčbou neischemického priapismu je embolizace větví *a. pudenda*.

Tento stav je třeba odlišovat od prosté prolongované erekce. Při priapismu se rozvíjí hypoxie kavernozních těles na podkladě snížené perfuze a stav je výrazně bolestivý. Prolongovaná erekce je oproti tomu bezbolestná a nedochází u ní k hypoxii kavernózních těles.

Odkazy

Související články

- Sexuální dysfunkce
- Sexuální dysfunkce u žen
- Psychofyziologie lidské sexuality

Reference

Autor: **doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.** *(přednosta Sexuologického ústavu 1. LF a VFN)*