

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 první 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 (priapismus). U mužů s poruchami erekce lze někdy uvažovat o *autoinjekční terapii*. Při té si pacient doma aplikuje do kavernočních 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.

Odkazy

Reference

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

Související články

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