

Terapie erektilní dysfunkce

MUDr. Ondřej Trojan
TH klinika, Praha

Článek připomíná základy léčby erektilní dysfunkce, shrnuje zkušenosti první dekády existence PDE₅ inhibitorů. Shrnuje fakta (1) již dříve publikovaná a doplňuje je o nové poznatky tak, aby podal co nejpřesnější nástin pro každodenní využití v dnešní době.

Klíčová slova: erektilní dysfunkce, farmakoterapie, inhibitory fosfodiesterázy 5. typu, užití ad hoc a denodenní užívání, intrakavernózní injekce, prostaglandiny, psychotherapie.

Erectile dysfunction treatment

The article presents the fundamentals of treatment for erectile dysfunction reviewing the experience from the first decade of existence of PDE-5 inhibitors. Previously published facts are summarized supplemented with new knowledge in order to provide a most accurate outline for everyday use in the present day.

Key words: erectile dysfunction, pharmacotherapy, inhibitors of phosphodiesterasis 5, treatment ad hoc and daily dosage, intracavernal injections, prostaglandines, psychotherapy.

1. Úvod

Erektilní dysfunkce je tou mužskou sexuální dysfunkcí, se kterou muži navštěvují lékaře nejčastěji. Dle definice jde o erektilní dysfunkci („Selhání genitální odpovědi“, F 52.2; MKN 10) tehdy, když 6 měsíců a déle chybí schopnost dosáhnout a udržet dostatečnou erekci penisu, aby tato stačila k uspokojivému pohlavnímu styku. Nejčastějšími příčinami bývají: porucha cévního systému, porucha nervového systému, nebo postižení hormonální. Za poškození cév nejčastěji odpovídá arterioskleróza, porucha nervové regulace může mít svou příčinu v případě organického poškození CNS či postižení nervových vláken (např. sclerosis multiplex), poranění, působení toxických nox, ale i např. systémová onemocnění s neurologickými následky, jako je tomu u diabetu. Endokrinní příčina erektilní dysfunkce spočívá často ve snížení produkce a působení mužských pohlavních hormonů, případně v konverzi testosteronu na estrogény v tukové tkáni při obezitě. Mimoto mohou problémy v této oblasti způsobovat psychické potíže, stres nebo i farmakoterapie, neboť mnohá farmaka mohou zhoršit schopnost erekce různými mechanismy. Zevrubně lze údaje najít v literatuře (1, 2, 3). Pozornosti je třeba, užívá-li pacient antihypertenziva, diuretika, antidepresiva, antipsychotika, regulátory lipidů, antikonvulziva, antiparkinsonika či léky pro léčbu GI traktu, zejména antiulceróza.

2. Terapie

Úprava schopnosti dobrého ztopoření je nadále klíčovou součástí komplexního terapeutického přístupu a porozumění mechanismu tohoto složitého jevu může usnadnit volbu správné terapie.

2.1. Farmakoterapie

2.1.1. Léky první volby s periferním účinkem perorálně podané

K lékům první volby jistě dnes patří inhibitory fosfodiesterázy 5. typu (PDE₅). Jsou reprezentovány 3 hlavními zástupci: **sildenafil** (Viagra™), **tadalafil** (Cialis™) a **vardenafil** (Levitra™). Všechny 3 preparáty mají vynikající terapeutický profil (ve dvojitých slepých studiích vykazují zhruba 80% efekt), liší se poněkud dobou nástupu účinku, přičemž se tadalafil výrazně odlišuje především účinností, která trvá 36 hodin. S tím ovšem je spojen i delší výskyt případných nežádoucích vedlejších účinků při medikaci tadalafillem (4).

Erekce se v době účinnosti PDE₅ inhibitorů dostavuje při sexuální stimulaci (nejlépe taktilní) a po orgasmu odezní.

Iniciální dávkování: Viagra 50 mg, Cialis 20 mg, Levitra 10 mg, cca 30 min. před stykem. V případě Cialisu se však z klinické zkušenosti doporučuje, aby doba užití předcházela styku alespoň o 60 minut. Autor sám z klinické praxe i shodných odborných sdělení (5) doporučuje užití 2–3 hod. před stykem.

Hlavní rozdíly mezi jednotlivými zástupci jsou ve farmakokinetice, jak ukazuje tabulka 1 (sestaveno dle SPC jednotlivých léků).

2.1.1.1. Každodenní užívání menších dávek PDE₅ inhibitorů

Stále existuje určitá skupina pacientů, kteří nejsou zcela spokojeni ani při užití dlouhodobě působícího inhibitoru PDE₅. Zejména jde o ty, kteří:

- se při svých sexuálních aktivitách nechtějí nijak omezovat
- chtějí pocít svobody a spontánnosti v partnerském životě

Prakt. lékáren. 2011; 7(1): 20–22

Tabulka 1. Farmakokinetické údaje jednotlivých PDE₅ inhibitorů

	t _{max} (min.)	T _{1/2} (hod.)
Sildenafil	60	4
Vardenafil	45	5,8
Tadalafil	120	17,5

- nechtějí si svou poruchu připomínat užíváním tablet před stykem
- mají styk alespoň 2x týdně

Tadalafil (Cialis) v dávce 5 mg je určen ku každodennímu užívání. Doporučená dávka je 5 mg denně přibližně ve stejnou dobu. Dávka může být snížena i na 2,5 mg denně v závislosti na individuální účinnosti.

Obecně platí, že toto dávkování má smysl tehdy, je-li ověřena účinnost terapie inhibitory PDE₅. Zejména pacienti, kteří užívají více léků denně (např. antihypertenziva, perorální antidiabetika), mohou ocenit, že rozšířením medikace o jednu pilulku dosáhnou stavu, který znali z mládí, resp. z doby před začátkem problémů s erekcí, což výrazně jejich pocit spokojenosti ovlivní.

Pro dobrý efekt stačí sérová hladina 20 ng/ml. Jak patrné, z tohoto hlediska dostatečný efekt má buď každodenní podávání 5 mg tadalafilu, nebo medikace 20 mg obden. Klinická zkušenost však jednoznačně potvrzuje mnohdy více než dostatečný efekt dávkování polovičního (2,5 mg/d.), přičemž razantně ubývá nežádoucích vedlejších účinků.

2.1.1.2. Riziko kardiálních komplikací

Rizika spojená se samotnou farmakoterapií nejsou velká. Problém někdy představuje ten

fakt, že sexuální aktivita sama o sobě představuje jistou míru kardiální zátěže.

Rizikem kardiálních komplikací spojených se sexuální aktivitou a doporučením léčby sexuálních dysfunkcí u pacientů s kardiovaskulárními onemocněními se zabývala Princetonská konference (6) a pro detaily odkazují na její závěry.

Kontraindikováno je užití PDE₅ inhibitorů v kombinaci s léky uvolňujícími nitráty (Isomack apod.), neboť taková kombinace může vést k život ohrožující hypotenzi. Je třeba vycházet z farmakokinetiky jednotlivých preparátů a především u tadalafilu respektovat jeho dlouhodobý účinek s ohledem na možnost interakcí při podání nitrátů. Hypotenze hrozí též při kombinaci s velkou dávkou alkoholu.

2.2. Další možnosti farmakoterapie

2.2.1. Léky podávané intrakavernózně

Lékem druhé volby mohou být intrakavernózní injekce. V současnosti jednoznačně převládá v léčbě intrakavernózními injekcemi užití **prostaglandinu E₁** (Caverject™, Karon™).

Tato léčba je v dnešní době rezervována zejména pro muže, kteří nemají z rozličných důvodů dostatečnou odezvu na perorální léčbu, tedy především na PDE₅ inhibitory, či jsou-li vedlejší negativní účinky tak velké, že znemožňují jejich užití. Dále pak v situacích, kdy jsou tyto léky kontraindikovány.

2.3. Napodobeniny léčiv

Především z ekonomické stránky terapie těží falzifikátoři PDE₅ inhibitorů, kteří nabízejí za velmi příznivé ceny nejčastěji po internetu buď plagiáty originálů, nebo napodobeniny s podobnými názvy („Soft Cialis“ apod.).

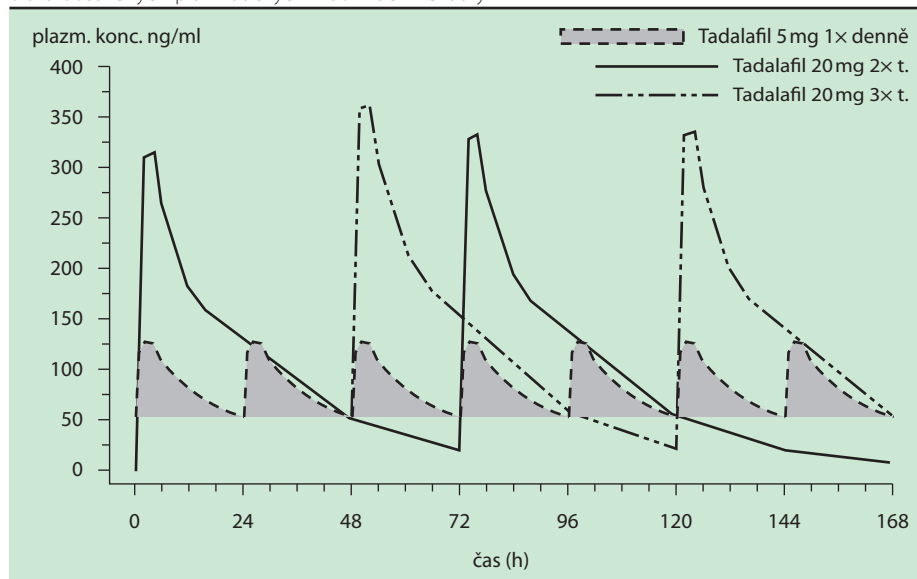
Pokud tyto preparáty obsahují účinnou látku, bývá její množství výrazně nižší a efekt nedostatečný. Je vhodné tuto informaci znát a pacienty v tomto duchu informovat.

Již dnes některé firmy porušují patentové zákony a vyrábějí sildenafil (např. Kamagra indické firmy Ajanta Pharma), při objednávce pak příjemce poštovní zásilky riskuje nepříjemnosti s celníky i policií, neb porušuje zákon o zacházení s léky.

3. Psychoterapie

Přestože je tento článek zaměřen farmakoterapeuticky, nelze se alespoň letmému zmínění psychoterapie vyhnout. Psychické problémy spjaté s ED jsou takřka vždy přítomny, ať už jako příčina nebo následek. Psychoterapie má nezapustitelnou roli v komplexním řešení problému ED, byť by šlo jen o přístup nesystematický, nabízený nepsychiatrem. Citlivý přístup při získávání

Graf 1. Srovnání efektu užívání tadalafilu 20 mg 2×, resp. 3× týdně a tadalafilu 5 mg 1× denně z hlediska dosažených plazmatických hladin účinné látky



anamnézy, budování terapeutického vztahu a snaha motivovat partnerku pacienta k pozitivní angažovanosti a emocionální podpoře jsou postupy, které vhodně potencují farmakoterapii. V řadě případů může být psychoterapie metodou 1. volby. I proto je dobré pacienta motivovat k návštěvě odborného lékaře.

4. Další možnosti terapie

Podtlakové erektory („vakuové pumpy“) nebo operativní přístupy (penilní implantáty) si zaslouží zmínku, ale přesahují téma tohoto sdělení. Podrobnosti lze nalézt v příslušných literárních pramenech (1).

4.1. Doplnky stravy

Asi není za stávající legislativy možno úspěšně bojovat s mohutnou reklamou podporovanými doplňky stravy. Jejich ekonomická moc spolu s absencí příslušných pasáží v etickém kodexu Lékařské komory umožňují, že si výrobci mohou najímat různé ne zcela seriózní lékaře, kteří kampaním propůjčí svoji tvář a budí tak pro laiky matoucí zdání důvěryhodnosti.

Navíc v řadách sexuologů působí též (jistě zcela opodstatněně) psychologové, jejichž povědomí o medicínské stránce terapie není samozřejmě dostatečně obsažené a mohou dále šířit permissivní poselství ve vztahu k potravním výrobkům. Zcela recentně jsem například slyšel obhajobu výživových doplňků z úst psychoterapeuta ve smyslu, že jsou užitečnými pro ty muže, kteří by stejně k lékaři nešli.

Takový výrok lze úspěšně rozporovat tím, že jediný efekt takových výrobků je placebo a pokud zafungují, což se děje asi u pouhých 30 % konzumentů, trvání efektu je velmi krát-

kodobé. Nicméně tato pseudoterapie oddaluje návštěvu lékaře a tím možnost diagnózy systémového onemocnění, jejímž symptomem může být právě ED. Nehledě na nemalé náklady, které za potravní doplňky pacient vydá.

5. Shrnutí a závěry (1)

Erektilní dysfunkce je porucha týkající se velké části mužské populace nad 40 let věku. S ohledem na prodlužující se dobu dožití a stárnutí populace bude v následujících letech přibývat pacientů, pro něž bude důležité nejen, aby byli schopni dosahovat erekce, ale též aby mohli žít do značné míry normálním sexuálním životem bez nutnosti plánovat a medikamentózně či jinak připravovat každý pohlavní akt. To je totiž důležitým proudem ve spektru dalších okolností majících vliv na velmi těžko uchopitelný pojem spokojenosti.

Mnoho mužů zatím zůstává se svými obtížemi „ve stínu“, což je způsobeno často i malou připraveností lékařů zabývat se touto problematikou. Často hledají pomoc rovnou u farmaceutů a je dobré, aby i on měl jasné povědomí o tom, co je funkční terapie a co placebo.

Inhibitory fosfodiesterázy 5. typu dnes představují jasné léky 1. volby pro terapii ED, spektrum bylo rozšířeno o nízkodávkový tadalafil určený ke každodennímu užívání a na obzoru je generický sildenafil, jenž možná bude zajímavý z hlediska ceny.

MUDr. Ondřej Trojan

TH Klinika, s. r. o.

Ordinace sexuologie, psychiatrie a psychologie

Karlovo náměstí 3, 120 00 Praha 2

sexuologie@centrum.cz

Literatura

1. Trojan O. Možnosti léčby erektilní dysfunkce: kde jsme a kam se ubíráme? Causa Subita 2003.
2. Brock G. Issues in the Assessment and Treatment of Erectile Dysfunction: Individualizing and Optimizing Therapy for the „Silent Majority“ CME/WEB.
3. Heráček J. Farmakoterapie erektilní dysfunkce – 1. část, Farmakoterapeutické informace, 2004; 13(3): 1–4.
4. Taylor J, et al. Differences in side-effect duration and related bother levels between phosphodiesterase type 5 inhibitors, BJU International 2009.
5. Montorsi F. Ústní sdělení – Symposium o léčbě ED, Kongres EAU, březen 2008.
6. De Busc R, Drory R, Goldstein I, et al. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: Recommendation of the Princeton Consensus panel. Am J Cardiol 2000; 86: 175–181.