

# 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:*

	<b>organická p.</b>	<b>psychogenní p.</b>
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