

BENEFITY ZÁMENY ANTIDEPRESÍV U PACIENTOV SO SEXUÁLNymi DYSFUNKCIAMI

MUDr. Radovan Vaškovský

Psychiatrické oddělení a ambulance, Nemocnice Ostrov

Problematika výskytu sexuálních dysfunkcí (SD) při léčbě antidepresivy (AD) je poměrně častý a závažný problém, i když stále ještě není dostatečně sledovaný v rámci komplexní starostlivosti o pacienta. Tento fakt může způsobit nejen parciální odpověď na léčbu, ale může být i příčinou drop-outu pacienta k spomínané léčbě.

Podle doposud známých skutečností, zdá se, že by mohla existovat skupina antidepresiv s vyšším rizikem výskytu SD, kde by jsme mohli zařadit preparáty s prevažným serotoninergním působením. Patří sem preparáty typu TCA, IMAO, SSRI a SNRI. Naproti tomu je skupina antidepresiv, kde jejich působení je především dopaminergní, čiastočně noradrenergní, respektive ovlivňuje iba selektivně specifické serotoninergní receptory (s příznivým působením na sexuální fungování). Túto skupinu antidepresivních preparátov s nižším výskytom SD tvoria RIMA (moklobemid), NaSSA (mirtazapin), SARI (trazodon), SRE (tianeptin), NDRI (bupropion), NARI (reboxetin) a extrakt ľubovníka bodkovaného (*Hypericum perforatum*). Práca hodnotí prínosy zámeny antidepresiva (prevedenia pacienta na) za antidepresívum s nižším rizikom výskytu sexuálních dysfunkcií.

Úvod

Podle různých studií depresivní pacienti poměrně často referují (50%–90%) výskyt sexuálních dysfunkcií (2, 4, 6). Ich miera a priekaznosť je aj závislá od úrovne aktívneho a špecifického dotazovania sa na tento problém. Za zmienku stojí, že podľa sledovania Baldwina depresivní pacienti považujú sexuálne fungovanie za veľmi dôležitú oblasť života (2). Pomerne častý je aj výskyt erektilnej dysfunkcie (ED). Miera sa pohybuje medzi 5%–80% u pacientov užívajúcich AD (1, 3, 5, 9, 10, 11). Musíme si zároveň uvedomiť, že antidepresíva sú široko preskribované a používané preparáty v praxi psychiatra, ale i iných špecialistov. Preto je potrebné myslieť a pamätať na možný výskyt obtíží týkajúcich sa sexuálneho zdravia a fungovania u pacientov užívajúcich antidepresíva. Medzi všeobecné doporučené postupy v stratégii liečby antidepresivami navodenými sexuálnymi dysfunkciami patria (11):

- výber AD pre úvodnú liečbu s prijateľným profilom vedľajších účinkov
- počkať na adaptáciu
- zníženie dávky na minimálnu účinnú liečbu
- použitie farmakologických antidot
- zmena za iné antidepresívum
- stanovenie „liekových prázdnin“
- nefarmakologické, psychoterapeutické intervencie.

Patofyziológiu účinkovania jednotlivých antidepresiv popísal MUDr. Maršálek v predchádzajúcom čísle Psychiatrie pro praxi 2003/3, strana 94–100 (7).

Cieľ

Cieľom práce bolo zhodnotenie výskytu možných sexuálních dysfunkcií pri antidepre-

sívnej medikácii a zároveň poukázať na jeden z možných spôsobov ich ovplyvnenia vhodnou zámenou antidepresiva s priaznivým spektrom účinkov bez negatívneho vplyvu na sexuálne fungovanie.

Metódy

Autor sledovania zvolil kazuistické zhodnotenie súboru pacientov – mužov užívajúcich antidepresívnu medikáciu pre depresívnu, alebo úzkostnú poruchu. Jej závažnosť bola zaznamenaná príslušnými škálami (HAMA, MADRS). Miera sexuálnej dysfunkcie – bola posudzovaná pomocou ASEX škály, ktorá účinne zaznamenáva i mieru zmeny (8).

V tabuľkovom prehľade bola zaznamenaná psychiatrická porucha, pre ktorú bolo antidepresívum nasadené, jej závažnosť, druh antidepresiva (AD) a jeho denná dávka (dd), sexuálnu dysfunkciu (SD) a jej závažnosť pomocou hodnotenia škály ASEX, nahradzované AD s príslušnou dd, závažnosť psychiatrickej poruchy v odstupe 10–12 týždňov po zámene AD, mieru SD hodnotením ASEX.

Výsledky

Výsledky práce sú podrobne zachytené v tabuľke 1.

Zhodnotenie

Celkovo v prehľade do sledovania bolo zahrnutých devätnásť pacientov – mužov v úvode liečených rôznymi antidepresivami v dĺžke do jedného resp. dvoch mesiacov a následne objavením sa nejakej sexuálnej dysfunkcie. Pacienti boli liečení a sledovaní pre (F 32.0) miernu a (F 32.1) stredne ťažkú depresívnu poruchu, (F 40.0) agorafóbiu, (F 41.0) panickú poruchu, (F 41.2) zmiešanú úzkostne-depre-

sívnu poruchu a (F 43.2) adaptačnú úzkostne-depresívnu reakciu. Podrobným klinickým zhodnotením sme zistili, že vo viacerých prípadoch jednalo sa o sekundárnu ED navodenú liekmi, parciálne však aj psychiatrickým ochorením (depresiou+úzkosťou). V niektorých prípadoch došlo aj k predĺženiu ejakulačného času (IELT).

Naše dosiahnuté výsledky korelujú so známymi literárnymi prehľadmi, kde sú obsiahnuté širšie súbory pacientov užívajúcich antidepresíva, pri ktorých sa vyskytol vyšší výskyt sexuálních dysfunkcií. Medzi ne môžeme zaradiť tricyklické AD (TCA), ale i SSRI preparáty.

V našom súbore sme zaznamenali výskyt SD po TCA (amitriptylin, clomipramin) a SSRI preparátoch (sertralín, paroxetín, fluoxetín, citalopram). Podobne ako v prácach Ashtona AK a kol. a Balona R a kol., kde poukazujú, že vyšší výskyt SD (ED) je závislý aj od dávky podávaného AD, môžeme obdobné nálezy zaznamenať aj v našom súbore pacientov, kde s väčšou dávkou narastá aj závažnosť SD.

Na druhej strane existuje skupina AD s priaznivým účinkom ohľadom možného výskytu SD. V sledovanom súbore z nich sme použili preparáty tianeptín, moclobemid, mirtazapín, trazodon a bupropión.

Pri prvom nasadení AD dosahovala závažnosť výskytu SD na škále ASEX hodnoty od 23 do 26 bodov. Pacienti ju vnímali značne obťažujúco a frustrujúco, narúšalo to ich záujem a partnerský život. Vhodnou zámenou AD za vyššie menované AD došlo k odstráneniu, ba priam dalo sa povedať až takmer úplnému vymiznutiu SD v priebehu 10–12 týždňov po uskutočnenej zámene AD (ASEX 12–16). Navyše uspokojujúco pôsobil aj fakt, že nedošlo k zhoršeniu základného ochorenia (de-

Subj No.	Dg.	Začiatok sledovania				Koniec sledovania		
		Pôvodné AD / dd	A/ HAMA D/ MADRS	ASEX	Dalšie AD / dd	SD	A/ HAMA D/ MADRS	ASEX
1.	F 43.2	Clomipramin 150 mg	D/ 34	25	Tianeptin 50 mg	ED+PE	D/ 21	15
2.	F 43.2	Amitriptylin 100 mg	D/ 36	26	Tianeptin 75 mg	ED	D/ 20	16
3.	F 43.2	Clomipramin 150 mg	D/ 35	25	Tianeptin 75 mg	ED+PE	D/ 14	14
4.	F 43.2	Sertralin 50 mg	D/ 33	23	Tianeptin 50 mg	ED	D/ 13	12
5.	F 32.0	Fluoxetin 20 mg	D/ 36	25	Tianeptin 50 mg	ED	D/ 20	15
6.	F 43.2	Citalopram 40 mg	D/ 36	25	Trazodon 200 mg	ED	D/ 12	13
7.	F 41.2	Paroxetin 30 mg	D/ 38	26	Trazodon 150 mg	ED+PE	D/ 18	12
8.	F 41.2	Citalopram 40 mg	D/ 35	24	Trazodon 150 mg	ED	D/ 15	12
9.	F 32.0	Fluoxetin 20 mg	D/ 34	24	Trazodon 150 mg	ED	D/ 13	14
10.	F 43.2	Sertralin 75 mg	D/ 34	24	Trazodon 200 mg	ED	D/ 12	12
11.	F 41.2	Sertralin 100 mg	D/ 35	23	Trazodon 150 mg	ED	D/ 12	13
12.	F 40.0	Paroxetin 20 mg	A/ 39	25	Mirtazapin 30mg	ED	A/ 24	13
13.	F 40.0	Fluoxetin 40 mg	A/ 36	25	Mirtazapin 45 mg	ED	A/ 22	13
14.	F 43.2	Citalopram 20 mg	D/ 32	24	Mirtazapin 45 mg	ED	D/ 14	14
15.	F 43.2	Fluoxetin 20 mg	D/ 34	23	Mirtazapin 45 mg	ED	D/ 18	14
16.	F 32.1	Paroxetin 30 mg	D/ 36	26	Bupropion 225 mg	ED+PE	D/ 12	12
17.	F 32.1	Amitriptylin 150 mg	D/ 34	23	Bupropion 150 mg	ED+PE	D/ 14	12
18.	F 41.0	Paroxetin 20 mg	A/ 38	25	Moclobemid 300 mg	ED	A/ 23	14
19.	F 41.0	Venlafaxin 150 mg	A/ 37	25	Moclobemid 300 mg	ED	A/ 22	13

Vysvetlivky: ED = erektilná dysfunkcia, PE = predĺžená (opozdená) ejakulácia

presívnej, resp. úzkostnej poruchy), ba priam naopak vo viacerých prípadoch aj k potlačeniu príznakov ochorenia, resp. zlepšenému pocitu zdravia. Pacienti komentovali túto zmenu značne pochvaľujúco, cítili sa omnoho viac sebaistejší a voľnejší. S potešením sme mohli prijať aj fakt, že priaznivo túto zmenu hodnotili aj ich partnerky. Takéto úspešné riešenie problému psychického ochorenia a sexuálnej dysfunkcie umožnilo pacientom viac sa zaradiť do reálneho života a naplniť ich i naše terapeutické predstavy o ich fungovaní.

Zhrnutie – záver

Podrobnou analýzou, stanovením miery problémov pacientov, zhodnotením miery sexuálnej dysfunkcie za pomoci validizovaných hodnotiacich škál sme zistili, že môžeme očakávať vrámci antidepressívnej medicíny pri niektorých typoch antidepressív vyššiu mieru výskytu SD. Výskyt spomínaných SD môže sa už objaviť aj pri bežných i nižších terapeutických dávkach. Je potrebné však upozorniť na fakt a istú tendenciu, že s vyššími dávkami narastá aj množstvo, závažnosť i intenzita sexuálnych dysfunkcií. Vhodnou a rozumnou zámenou AD môžeme dosiahnuť postupné vymiznutie až odstránenie problému SD pri AD

medikácii, v niektorých ojedinelých prípadoch aj zlepšenie sexuálneho fungovania v porovnaní s pôvodným stavom. V mnohých prípadoch vhodná zámena AD znamená aj lepšiu spoluprácu pacienta na riešení jeho psychických ťažkostí a symptómov. V danom súbore pacientov takúto odpoveď sme zaznamenali na tianeptin, trazodon, moclobemid, mirtazapin i bupropion. Svoju sexuálnu aktivitu a se-

bavedomie zlepšene hodnotili nielen samotní pacienti, ale aj ich sexuálne partnerky. Spomínaný prístup riešenia SD pri AD medicíni dopomohol pacientom lepšie sa zaradiť do ich života aj v oblasti sexuality a zároveň prinášajú pre terapeutov aj cenné informácie o vhodnosti a význame rôznych druhov AD medicíny pre individuálne postupy v riešení nežiadúcich účinkov na sexualitu pacienta.

Literatúra

1. Ashton AK, Bennett RG. Sildenafil treatment of serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction [letter]. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60: 194–195.
2. Baldwin D. Depression and sexual dysfunction. *Br Med Bull*; 2001; 57: 81–99.
3. Balon R, Yeragani VK, Phol R, Ramesh C, Vikram K. Sexual dysfunction during antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry* 1993; 54: 209–212.
4. Casper RC, Redmond F, Kutz MM, et al. Somatic symptoms in primary affective disorders: presence and relationship to the classification of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 1098–1104.
5. Clayton AH, McGarvey EL, Abouesh AL, Pinkerton RC. Substitution of an SSRI with bupropion sustained release following SSRI-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry*; 2002(a) 62: 185–190.
6. Ferguson JM. The effects of antidepressants on sexual functioning in depressed patients: a review. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(suppl 3): 22–34.
7. Maršálek M. Sexuální dysfunkce při léčbě antidepressiv. *Psychiatrie pro praxi*; 2003; 3: 94–100.
8. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther* 2000; 26: 25–40.
9. Montejó AL, Llorca G, Izquierdo JA, Roco-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: A prospective multicenter study of 1022 outpatients. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 [suppl 3]: 10–21.
10. Nurnberg HG, Seidman SN, Gelenberg AJ, Fava M, Rosen R, Shabsigh R. Depression, Antidepressant therapy, and erectile dysfunction: Clinical trials of sildenafil citrate (Viagra®) in treated and untreated patients with depression. *Urology*; 2002; 60 Suppl 2B) 30: 58–66.
11. Zajecka J. Strategies for the Treatment of Antidepressant-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl 3): 35–43.