

SEXUÁLNÍ POTÍŽE U MUŽŮ S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Roztroušená skleróza (RS) je pro nemocné ohrožující nemoc se zdánlivě nekonečnou variabilitou příznaků. Mnoho příznaků RS přímo či nepřímo negativně ovlivňuje mužskou sexualitu. Sexuální poruchy se u RS vyskytují v 65–90 % případů. Jde především o poruchy erekce, snížené libido, potíže s dosažením orgazmu a snížená taktilní citlivost. Léčba sexuálních dysfunkcí u RS musí být založena na týmové spolupráci mezi neurology, urology, psychiatry, psychology a sexuology. V článku je pojednáno o způsobech léčby u jednotlivých nejčastějších sexuálních dysfunkcích u mužů s RS.

Klíčová slova: roztroušená skleróza, sexualita, sexuální dysfunkce, porucha erekce, snížené libido, poruchy orgazmu.

SEXUAL PROBLEMS IN MEN WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Multiple sclerosis (MS) is a threatening disease for the ill with virtually interminable variability of symptoms. Many MS symptoms directly or indirectly influence negatively male sexuality. Sexual disorders in MS are present in 65–90 % of cases. Among them, erectile dysfunction, decreased sexual desire, problems in completing orgasm and decreased tactile sensitivity prevail. The treatment of sexual dysfunction in MS must be based on teamwork; the team being formed by neurologists, urologists, psychiatrists, psychologists and sexologists. The article deals with treatment possibilities of particular most frequent sexual dysfunctions in males with MS.

Key words: multiple sclerosis, sexuality, sexual dysfunctions, erectile dysfunction, decreased sexual desire, orgasm disorders.

Psychiat. pro Praxi, 2008; 9(2): 77–79

Roztroušená skleróza (RS) je komplexní onemocnění, které postihuje primárně nervovou soustavu. Nervová soustava je jeden z hlavních regulačních systémů těla, proto při jejím postižení dochází k poruchám dalších tělesných funkcí, mnohdy od centrální nervové soustavy značně vzdálených. Ačkoli je diagnostika a léčba roztroušené sklerózy doménou neurologů, péče o člověka s touto nemocí je v praxi záležitostí mnoha dalších specialistů z různých oborů.

Vztahová a sexuální oblast je v současné přetechizované medicíně poněkud v pozadí. I když tyto dvě oblasti představují základní položky pro kvalitu života, pro většinu specialistů mají velmi nízkou prioritu, což vede k tomu, že se o nich s nemocnými nehovoří. Není to pochopitelně vina těchto specialistů, ale celého systému vzdělávání v medicíně, která se moderně nazývá také „biomedicína“, i když by se měla správně jmenovat bio-psycho-sociomedicína. Zcela přirozeně je pro laickou veřejnost mnohem důležitější dopad nemoci na praktický život než přítomnost a nepřítomnost jednotlivých symptomů, zatímco lékař může mít jiný pohled na věc.

Roztroušená skleróza (RS), rovněž známá pod zkratkami SM (sclerosis multiplex) či MS (multiple sclerosis), je onemocnění, které velmi zásadně ovlivňuje lidskou sexualitu. Má přímý vliv na fungování pohlavních orgánů, ale zároveň ovlivňuje vyšší mozkové funkce, jmenujme třeba náladu a míru úzkosti, což také ovlivňuje sexuální funkce. RS zároveň přináší poruchy hybnosti, které omezují sexuální praxi. Není tedy překvapivé, že u RS nacházíme nejvíce

sexuálních a partnerských problémů ze všech chronických onemocnění (11). Pokud se nemocný s těmito problémy svému ošetřujícímu lékaři nesvěří, většinou to není proto, že by je neměl, ale proto, že trpí studem, obavami anebo představou, že tato oblast lékaře nezajímá. Je nutné se na sexuální a partnerské problémy cíleně ptát.

Roztroušená skleróza v kostce

Roztroušená skleróza nebyla známa jako nozologická jednotka před začátkem 19. století. Do popředí zájmu se dostává v 60. letech 19. století v souvislosti s prudkým rozvojem neurologie jako vědeckého a medicínského oboru. Ještě do počátku 20. století již představují příznaky RS jednu z nejčastějších příčin přijetí na lůžkové neurologické oddělení. RS má mnoho podob. Pro patologa je to choroba CNS, akutní fokální zánětlivá demyelinizace následovaná ztrátou axonů a navazující omezenou remyelinizací, čehož anatomickým korelátům jsou chronické multifokální sklerotické plaky (odtud název nemoci). Pro klinického neurologa je to onemocnění mladých dospělých lidí diagnostikované na základě klinických a paraklinických znaků, s přítomností nejméně dvou demyelinizačních lézí postihujících různá místa v CNS, které jsou od sebe odděleny v čase. Pro klinického výzkumníka je to prototyp zánětlivého autoimunitního onemocnění CNS. Pro nemocného je to ohrožující nemoc se zdánlivě nekonečnou variabilitou příznaků, obsahující některé opakující se motivy, a s nepředvídatelným průběhem. Pro všechny je pak RS obtížné onemocnění, jehož úplné vyléčení zatím uniká našim možnostem.

Příznaky roztroušené sklerózy a sexualita

Abychom porozuměli, proč jsou sexuální poruchy u RS tak časté, popíšeme si nyní některé pro nás důležité příznaky plynoucí z demyelinizace a následného narušení fungování jednotlivých částí CNS. Důsledkem chorobného procesu v mozku jsou kognitivní poruchy (poruchy myšlení a poznávání), senzorické a motorické příznaky a afektivní příznaky (hlavně deprese, která se se zdravým sexuálním fungováním nemá vůbec ráda). Poškození mozečku vede k třesu a poruchám rovnováhy. Poruchy míchy vedou ke slabosti, ztuhlosti a bolestivým spazmům, poruchám močového měchýře, poruchám erekce a jiným sexuálním poruchám (!) a potížím s vyprazdňováním. RS má ještě celou řadu dalších příznaků, z nichž jsou nyní relevantní bolest, únava, špatná tolerance horka a tělesné zátěže. Je tedy vidět, že sexuální poruchy u RS nelze přisoudit jen poškození míchy, a že tedy potíže v sexualitě může mít člověk bez prokazatelného RS ložiska v míše.

Kvalitní sexuální prožitek u muže vyžaduje dobré vegetativní fungování (erekce, ejakulace), senzitivitu (prožitek, erekce, ejakulace), svalovou koordinaci, nepřítomnost bolesti, dobrou termoregulaci, ovládnutí svěrače močového měchýře a konečníku. Dále je nutné naladění na sex (nepřítomnost deprese a úzkosti) a pozitivní vnímání vlastního těla. Všechny tyto požadavky může RS narušit.

Sexuální poruchy u RS

RS s sebou přináší celou řadu sexuálních potíží. Pro zjednodušení je lze rozdělit na **primární** (přímé),

sekundární (nepřímé) a **terciární** (psychosociální). Primární poruchy jsou způsobeny přímým působením nemoci na genitální oblast a jde především o změny citlivosti v sexuálně relevantních oblastech těla anebo změny v nervově navozené sexuální odpovědi.

Sekundární sexuální poruchy jsou odrazem vlivu onemocnění na další tělesné funkce. Může to být mobilita, únava, svalová ztuhlost, slabost, špatná koordinace pohybů, dysfunkce močového měchýře aj.

Terciární sexuální poruchy jsou navozeny psychologickým, sociálním, emočním a kulturním vlivem RS. Jde hlavně o negativní změny sebepojetí, vztek, pocit neatraktivnosti, komunikační potíže, strach z odmítnutí, strach z osamění, pocit viny a pocit závlivosti.

Sexuální poruchy se u RS vyskytují dle různých studií v 65–90 % případů (8). Nejčastější sexuální dysfunkcí u mužů je porucha erekce (výskyt 20–60 %), dále snížené libido (40 %), potíže s dosažením orgazmu – předčasná nebo opožděná ejakulace (50 %) a snížená citlivost. Dle studie Zorzone a kol. (11) se ve skupině mužů s RS vyskytovaly sexuální dysfunkce v 73 %, ve skupině mužů stejného věku s jinými chronickými onemocněními ve 39 % a ve skupině zdravých dobrovolníků ve 13 %. Ukazuje se tedy, že sexuální dysfunkce jsou pro roztroušenou sklerózu velmi typické příznaky. Muži s roztroušenou sklerózou, i když nemají partnerský vztah, mají nižší frekvenci masturbačních aktivit a celkově významně horší kvalitu pohlavního života než všeobecná populace. Muži s roztroušenou sklerózou udávali, že jsou celkově sexuálně méně aktivní než před vypuknutím nemoci v 58 %, zatímco muži s jinými chronickými nemocemi jen ve 22 %. Pohlavní život beze změn si udrželo jen 42 % mužů s RS ve srovnání se 75 % mužů s jinými chronickými onemocněními.

Kromě sexuálních dysfunkcí jsou výjimečně kazuisticky popsány i další změny v sexualitě, které se objevily v souvislosti s RS. Jde o hypersexualitu (10) a, což je zvláště zajímavé, změny sexuální preference a chování. Jsou popsány kazuistiky dvou mužů, u nichž se po nástupu RS objevilo fetišistické (4) a homosexuálně pedofilní chování (7), které se před onemocněním nevyskytovalo.

Porucha erekce u pacientů s RS

Erekce je poměrně složitý nervově cévní děj, u člověka navíc značně ovlivňovaný mozkovou kůrou. Erekce nejčastěji nastupuje reflexně jako somatosenzorická událost – stimulace sexuálně relevantních oblastí (u mužů především na glans penis a frenulu) vede k reflexní relaxaci svalových vláken stromatu kavernózních těles. Tato reflexní erekce je regulována v sakrálních míšních segmentech (S2–S4), a i když je

Tabulka 1. Příznaky RS negativně působící na mužskou sexualitu

- deprese, úzkost
- snížená citlivost
- třes a poruchy rovnováhy
- slabost, ztuhlost a bolestivé spazmy
- dysfunkce močového měchýře
- poruchy erekce
- bolesti
- únava
- intolerance horka a tělesné námahy

pod vlivem vyšších mozkových funkcí, je i muž s úplnou transversální míšní lézí schopen této reflexní erekce. Dále může být erekce navozena psychogenně, bez taktilní stimulace. Tato erekce je regulována v thorakolumbálních segmentech míchy a je řízena z vyšších etází CNS. Při přerušení komunikace tohoto centra s vyššími oblastmi je psychogenní erekce nemožná. Posledním typem erekce jsou spontánní noční erekce, navozované odlišným mechanismem, bez potřeby aferentních stimulů.

U pacientů s RS může léze nepříznivě zasáhnout na kterékoli úrovni. Yang et al. (10) popsali pomocí studia evokovaných potenciálů (SEP) porušené vedení somatosenzorických impulzů cestou n. pudendalis. Zároveň bylo zjištěno, že u pacientů s RS není narušena schopnost noční erekce, i navzdory abnormálním pudendálním SEP. Autoři se domnívají, že u RS jsou především porušena silně myelinizovaná aferentní vlákna n. pudendalis, zatímco nejsou porušena autonomní málo myelinizovaná eferentní vlákna, zajišťující spontánní noční (spánkové) erekce. Je tedy obtížné nebo nemožné navodit erekci psychogenně (při sexuálních představách), ale i reflexně při přímém dráždění v oblasti glans penis, tedy není možné dosáhnout „využitelné“ erekce pro pohlavní aktivitu. Noční erekce přitom přetrvávají (10), což může mást nemocné i lékaře. Bohužel v průběhu choroby postupně dochází i k porušení parasympatických eferentních neuronů zajišťujících erekci a porucha se prohlubuje.

Co ovlivňuje výskyt sexuálních dysfunkcí u mužů s RS?

Bylo zjištěno, že výskyt sexuálních dysfunkcí (SD) koreluje s pontinní atrofií zjištěnou na MRI a s dysfunkcí močového měchýře. Všechny sexuální dysfunkce jsou pak dále zhoršovány psychologickými faktory. Typický pacient s RS, u něhož je vysoká pravděpodobnost výskytu SD, je pacient vyššího věku, více handikepovaný, s delší anamnézou RS, s poruchou sfinkterů a s více klinickými příznaky mozečkovými a z mozkového kmene. V psychiatrických škálách pak mají vyšší skóre depresivity a úzkosti. Sociokulturně se vyznačují nižším dosaženým vzděláním (2).

Tabulka 2. U kterých mužů s RS je vysoká pravděpodobnost sexuálních dysfunkcí?

- vyšší věk
- delší anamnéza RS
- více hendikepování
- porucha sfinkterů
- klinická symptomatologie mozečková a mozkového kmene
- vyšší skóre depresivity
- nižší dosažené vzdělání

Léčba sexuálních dysfunkcí u mužů s RS

Pro zlepšení sexuálního fungování je zásadně důležitá léčba základního onemocnění. Mnoho mužů popisuje zlepšení sexuálního fungování po léčbě kortikosteroidy, určené primárně k léčbě jiných příznaků (6). Velmi pomáhá i léčba dysfunkce močového měchýře a poruchy sfinkterů.

Strategie léčby poruchy erekce u mužů s RS se nijak zásadně neliší od léčby u jiných skupin mužů. Sildenafil (fo Viagra) byl speciálně zkoušen pro léčbu erektilní dysfunkce u mužů s RS ve dvojité slepé studii (3). Přinesl zlepšení u 90 % subjektů (placebo u 24 %). Dobře tolerovány byly dávky 25, 50 i 100 mg. Zároveň došlo ke zlepšení ve škále kvality života. Nežádoucí účinky se nelišily od populace bez RS.

Klinická praxe ukazuje, že účinné by mohly být i další inhibitory fosfodiesterázy 5 (tadalafil, fo Cialis a vardenafil, fo Levitra), ale ty zatím nebyly v této specifické populaci zkoušeny ve dvojité slepé studii. Apomorfín (fo Uprima) rovněž nebyl v této populaci specificky zkoušen, ale teoreticky lze z jeho mechanismu účinku předpokládat nižší účinnost než u mužů bez RS. Účinnost yohimbinu se obecně u organických poruch erekce nepodařilo prokázat.

Z jiných, již pro pacienta méně komfortních způsobů lze využít intrakavernózní injekce prostaglandinu E, který prokázal svou účinnost u organických poruch erekce (nebyl ale specificky zkoušen ve dvojité slepé studii u pacientů s RS). U vážně hendikepovaných pacientů může být problém s formou aplikace injekční stříkačkou přímo do penisu.

Selhávají-li farmakologické metody, lze uvažovat o použití vakuové pumpy, která navozuje umělé erekci tak, že se penis vloží do hermeticky uzavřené nádoby, vytvořený podtlak vede k pasivnímu nahromadění krve v kavernózních tělesech a erekci penisu, která se udrží pomocí konstriktivního kroužku nad kořenem penisu i po sejmutí podtlakové nádoby. Takto navozená erekce je kvalitativně odlišná od přirozené, ale často je dostačující pro kvalitní pohlavní styk.

Dalším častým okruhem sexuálních poruch u mužů s RS je porucha ejakulace. Bohužel do dnešního dne neznáme účinnou léčbu opožděné ejakulace.

Existují jen teoretické možnosti, ověřené pouze několika publikovanými kazuistikami. Využívají se léky působící především centrálně a ovlivňující některé neurotransmitery (hlavně dopamin a serotonin). Jde o amantadin, cyproheptadin, yohimbin, bupropion a buspiron. Nemáme ani lék prokazatelně účinný u mužů s RS, kteří trpí předčasnou ejakulací. Zde ale máme klinickou praxí odzkoušené preparáty dobře působící u jiných skupin mužů se stejným ejakulačním problémem. Jde o antidepresiva skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), starší tricyklická antidepresiva se serotoninovým

účinkem (klomipramin). Lze se pokusit o ovlivnění ejakulačního reflexu aplikací lokálních anestetik v gelu na oblast glans penis, ale vzhledem k výše popsaným poruchám aferentace u mužů s RS nelze očekávat příliš výrazný účinek u většiny takto léčených.

Kromě léků lze využít nácvikových sexoterapeutických metod vytvořených Mastersem a Johnsonovou v 70. letech 20. století a u nás rozpracovaných profesorem Kratochvílem (5).

Kromě samotných sexuálních dysfunkcí je třeba léčit případné komorbidní psychiatrické příznaky (deprese, úzkost), ošetřit partnerské problémy, které

onemocnění přináší (například manželka se najednou stává ošetřovatelkou svého nemocného muže a někdy jí připadá nevhodné s ním nadále udržovat pohlavní život). Léčba sexuálních dysfunkcí u mužů s RS je tedy týmovou záležitostí, na které se podílí neurolog, urolog, psychiatr, psycholog, manželský terapeut, sexuolog a dle potřeby další odborníci.

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.
Psychiatrická klinika FN Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno
e-mail: ptheiner@fnbrno.cz

Literatura

1. Compston A, Coles A. Multiple sclerosis. *The Lancet*, 2002; 359, 9313: 1221.
2. Demirkiran M, Sarica Y, Uguz S et al. Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: are there any differences? *Multiple sclerosis*, 2006; 12: 209–214.
3. Fowler CJ, Miller JR, Sharief MK et al. A double-blind, randomised study of sildenafil citrate for erectile dysfunction in men with multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2005; 76: 700–705.
4. Frohman EM, Frohman TC, Moreault AM. Acquired sexual paraphilia in patients with multiple sclerosis. *Archives of Neurology*, 2002; 59(6): 1006.
5. Kratochvíl S. Sex jako obohacení života, Grada Publishing a. s., Praha, 2005, 105 s.
6. Mattson D, Petrie M, Srivastava DK, McDermott M. Multiple sclerosis: sexual dysfunction and its response to medications. *Archives of Neurology*, 1995; 52(9): 862–868.
7. Mendez MF, Chow T, Ringman J et al. Pedophilia and temporal lobe disturbances. *J Neuropsychiatry and Clin Neurosciences*, 2000; 12(1): 71–77.
8. Schmidt EZ, Hofmann P, Niederwieser G et al. Sexuality in multiple sclerosis. *J Neurol Transm*, 2005; 112: 1201–1211.
9. Yang CC, Bowen JD, Kraft GH, Uchio EM, Kromm BG. Physiologic studies of soft male sexual dysfunction in multiple sclerosis. *Multiple sclerosis*, 2001; 7: 249–254.
10. Yang CC, Severson B, Bowen JD. Hypersexual sensations and behavior in a multiple sclerosis exacerbation: a case report. *Int J Impotence Research*, 2004; 16: 382–384.
11. Zorzon M, Zivadinov R, Bosco A et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a case-control study. I. Frequency and comparison of groups. *Multiple sclerosis*, 1999; 5: 418–427.