

Terapie předčasné ejakulace

MUDr. Luděk Daneš, CSc., prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.

Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN

Předčasná ejakulace je po erektilní dysfunkci druhou nejčastější sexuální dysfunkcí. Touto poruchou trpí nejen samotní pacienti, ale i jejich partnerky. V posledních několika letech došlo k výraznému zlepšení našich terapeutických možností. Spoléháme se zejména na moderní psychofarmaka, zejména antidepresiva, nejlepší výsledky však má kombinace farmakologické léčby s psychoterapií.

Klíčová slova: prevalence, příčiny, terapie biologická a psychoterapie.

Treatment in Ejaculatio Praecox

Premature ejaculation is probably after the erectile problems the second most frequent sexual dysfunction in men. This dysfunction negatively influences not only the life of our patients, but the life of their partners as well. There is a substantial improvement in our therapeutic possibilities in the last years, especially in the area of new drugs, namely new antidepressants. The combination of pharmacological and psychotherapy shows the best therapeutic results.

Key words: prevalence, etiology, biological therapy, psychotherapy.

Psychiatr. praxi 2013; 14(4): 155–157

Úvod

Většina sexuologů má s předčasnou ejakulací (PE) bohaté zkušenosti. Tato porucha je, co do častosti výskytu, hned na druhém místě za erektilní dysfunkcí.

Údaje o prevalenci této poruchy se v různých studiích velmi různí. Rozptýl těchto údajů je od několika málo procent až po 40% (9). Prevalence PE se liší i regionálně, v Evropě je asi střední prevalence, v Africe nižší a ve východní Asii vysoká.

Příčinou tohoto velkého rozptýlení může být i velká nejednotnost a nejasnost ohledně definice této poruchy. Např. v MKN-10 se uvádí, že jde o neschopnost dostatečně oddálit ejakulaci, aby mohlo dojít k uspokojení z pohlavního styku. Ke ejakulaci dochází před nebo do 15 sekund od začátku soulože. Další „definice“ pracují s časovými limity od jedné do dvou minut. Důležitější než počty minut je ale spokojenost obou partnerů.

Poruchy ejakulace lze zařadit do souvislosti s ostatními jevy nebo fázemi sexuální odpovědi: touha, vzrušení, orgasmus a uvolnění (13). Ejakulace časově spadá do čtvrté fáze, nicméně představuje autonomní část a zvláštní kognitivní a emocionální korový jev.

Velký vliv u předčasné ejakulace, stejně jako u jiných sexuálních dysfunkcí, hraje nervová soustava, centrální i periferní (5, 16). Dále samozřejmě i psychické faktory (9) a nelze vynechat i mechanické příčiny. Nejčastěji se cituje krátká uzdička, frenulum breve (3). Ta může zvyšovat citlivost žaludu, někdy až bolest. Odstranění uzdičky ale nelze považovat za univerzální lék předčasné ejakulace.

Literatura uvádí, že v některých případech mohou hrát roli i zánětlivá onemocnění penisu, či dokonce chronická prostatitida (12).

Pravdou bude, že v etiologii PE hrají úlohu zároveň faktory fyzické i psychické. Léčba by se měla proto zaměřovat na stránku biologickou a zároveň i na stránku psychickou.

Terapie

Léčba předčasné ejakulace ještě před několika roky patřila k méně radostným aktivitám sexuologů. Naše terapeutické možnosti byly značně omezené, krom silných neuroleptik s řadou výrazných nežádoucích účinků a lokálních anestetik jsme nic k dispozici neměli.

Naštěstí se situace výrazně změnila s rozvojem nových moderních antidepresiv. Nakonec i spektrum lokálních anestetik se rozšířilo.

Existují dva základní přístupy k léčbě této poruchy: biologická a psychoterapeutická léčba. Farmakoterapii PE lze uspořádat podle těchto skupin léků:

1. antidepresiva-thymoleptika
2. sedativní neuroleptikum thioridazin
3. inhibitory fosfodiesterázy 5
4. analgetikum tramadol
5. alfa 1-blokátory

Antidepresiva

Nadějným a úspěšným směrem, jímž se farmakoterapie PE vydala, je užívání SSRI, vycházející z poznatků o tom, že PE souvisí s poruchou serotoninergní neurotransmise a v menším rozsahu s poruchou oxytocinergní transmise v ústřední nervové soustavě.

Thymoleptika III. generace jsou užívána v psychiatrii zejména jako antidepresiva. Kromě léčby deprese nacházejí uplatnění i při léčbě bulimie, sociální fobie, gamblingu a posttraumatické stresové poruchy. Antidepresiva II. generace

se s úspěchem používají i při léčbě PE, zejména ta s účinnou látkou sertralinem (4, 6, 11) nebo paroxetinem či fluoxetinem. Tyto preparáty se dobře vstřebávají po perorální aplikaci, nástup jejich účinků je rychlý a mají relativně dlouhý poločas. Důležité je, že nesnižují vigilitu a nemají celkem žádné významné nežádoucí účinky.

S úspěchem se používalo, a dosud používá, k léčbě PE i tricyklické antidepresivum clomipramin (2, 16), většinou nárazově 25 mg asi dvě hodiny před koitem. Nevýhodou bývá častý útlum po jeho aplikaci.

Soudilo se, že jednorázové užití podle potřeby nebude mít tak dobrý účinek, tj. že nebude tak dobře zpožďovat ejakulaci, jako tomu je při každodenním podávání. Nicméně se ukázalo, že podání nového SSRI dapoxetinu jednu až dvě hodiny před souloží dobrý efekt má. Tento lék nebyl nikdy zamýšlený jako chronicky užívaný, ale jako lék podle potřeby. Umožňuje to jeho farmakokinetický profil, rychlý nástup a účinnost již při první dávce (10). Dle některých studií je vrchol koncentrace léku v plazmě asi za hodinu po podání, do 24 hodin byl pokles koncentrace asi na 5%. Nebyly pozorovány žádné závažné nežádoucí účinky. Kombinace s inhibitory PE-5 nevede též k žádným nežádoucím účinkům. Většinou byly podávány dávky 30 mg nebo 60 mg dapoxetinu 1–3 hodiny před koitem. Šlo tedy o ekonomické podávání léku jen podle potřeby s velmi dobrým účinkem a minimálními vedlejšími nežádoucími účinky.

Preparát byl nedávno registrován i v ČR pod firemním názvem Priligy jako první lék schválený přímo v této indikaci.

Nadějně vypadají i výsledky studií s antidepresivem duloxetinem. Jedná se o kombinova-

ný inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Slabě inhibuje i zpětné vychytávání dopaminu.

Sedativní neuroleptika

Sedativní neuroleptikum thioridazin bylo oblíbeným prostředkem při léčbě PE (16). Uplatňoval se na potlačení ejakulace svým ganglioplegickým účinkem. Thioridazin se již nevyrábí a ani ostatní sedativní neuroleptika již nejsou považována za vhodný lék pro své nežádoucí účinky.

Inhibitory PDE-5

Tyto preparáty se osvědčily zejména pro terapii erektilních dysfunkcí (14). Účinek na potlačení ejakulace je u těchto preparátů sporný, nicméně pacienti po PDE-5 inhibitech uváděli častěji zvýšenou kontrolu ejakulace, sebedůvěru a zlepšení povšechného sexuálního uspokojení. Měli také sníženou postejakulační erektilní refrakterní fázi.

PE bývá často u téhož pacienta spojena s poruchou erekce. Tam je vždy nutno dát přednost léčbě erektilní dysfunkce jako prvnímu kroku před léčbou PE. Obojí řešit současně většinou nejde.

Analgetika

Zvláštní přístup k léčbě PE představují pokusy s užíváním tramadolu. Tramadoli hydrochloridum je silné syntetické analgetikum, o němž se předpokládá, že se částečně váže na opiodní receptory a navíc má ještě jiný mechanismus účinku. Jde pravděpodobně o působení na systém zpětného vychytávání noradrenalinu a serotoninu v centrální nervové soustavě.

Někteří autoři (11) vkládají do léčby tramadolem u PE naději a domnívají se, že by mohla přinášet méně nežádoucích účinků. Podávala se většinou dávka 25 mg tramadolu jednu až dvě hodiny před koitem. Pro hodnocení úspěšnosti tramadolové léčby není zatím dostatek přesvědčivých studií. Nežádoucí účinky tramadolu jsou při popsaném dávkování zanedbatelné nebo chybějí úplně, tak nebrání nic tomu, aby se tramadol v sexuologické léčbě PE užíval, či zatím spíše jen zkoušel.

Alfa –blokátory

Jedna turecká studie (1) zkoušela při léčbě PE účinky terazosinu. Terazosin je lék ze skupiny alfa-blokátorů, používaný v terapii benigní hyperplazie prostaty, a to zvláště u pacientů s hypertenzí. To je zdůvodněno tím, že terazosin velmi snižuje krevní tlak již při první dávce. Terazosin účinkuje tím, že snižuje tonus svalstva pouzdra prostaty

a svalstva celé prostaty. Snižuje se tím její objem, zlepšuje se vyprazdňování močového měchýře a odstraňují se nepříjemné pocity nucení na močení. Autoři při aplikaci léku vycházeli z předpokladu, že se jedná o fyziologickou terapii, neboť ejakulace je pod kontrolou sympatiky.

Místní, lokální, topická léčba anesteziujícími prostředky

Tato léčba má u PE dlouhou historii. Před desítkami let byly bez jakýchkoli farmakologických studií užívány různé komerční přípravky známé pod obecným pojmenováním Langzeitsalbe. Lokální anestetika se užívají již přes 60 let a jsou i nadále v oblibě. Jejich užitím dochází ke znečistlivění periferního nervstva. O anatomii i fyziologii periferních nervů na ejakulaci toho je při tom známo velice málo. V devadesátých letech získaly oblibu preparáty obsahující lidocain a prilocain. Kombinace těchto anestetik je obsažena v krému EMLA. Za vhodnou dobu aplikace krému před koitem se obvykle považuje 15 minut. Doba účinnosti, po níž se snižuje práh citlivosti a bolesti, je 1 až 2 hodiny. Někteří autoři uvádějí riziko poklesu erekce po delším působení, za které považují dobu 30–45 dnů. V sexuologické praxi ČR se používá i lokální anestetikum trimecain nebo cinchocain.

Psychoterapie

Studiem literatury lze dospět k závěru, že se psychogenní původ PE nedařilo objektivně prokázat a doložit důkazy, které by obstály před pravidly medicíny založené na důkazech.

Poněkud jinak bude znít odpověď na otázku, zda se psychika člověka podílí na vzniku a utváření poruchy PE. Zde se nabízí bez váhání kladná odpověď. Pacient, popř. i se svou partnerkou, přicházejí k lékaři – sexuologovi, protože jsou nespokojeni s průběhem, kvalitou a rychlostí svého koitu. Nepřicházejí proto, že se dočetli, že nedosahují nějakou časovou normu (15). Přicházejí kvůli psychickému problému. Kvůli rozladě mezi partnery, pocitu méněcennosti na straně muže, který neuspokojí svoji partnerku. Chápe, že náhrada délky koitu prodlužováním milostné předehry, jak ji třeba doporučují někteří terapeuti, je brána právě jeho partnerkou jen jako špatná náhražka. Čím více se muž s PE snaží o sexuální uspokojení své partnerky, tím více si uvědomuje svou bezradnost a zvyšují se jeho obavy z rozpadu vztahu.

S jistou nevelkou mírou nadsázky si dovolíme říci, že PE není psychogenně podmíněná somatická porucha, ale je to převážně psychický problém.

Psychologie a psychika se uplatňují ještě v další rovině: při pokusu o terapii ve víře, že sexuolog pomůže prodloužit IELT (intravaginal ejaculation latency time) a zmírní interpersonální potíže partnerů.

Někteří autoři propagují psychoterapii, jiní věří více na kombinaci sexoterapie s farmakoterapií.

V české odborné literatuře se sexoterapií rozumí systematická párová psychoterapie sexuálních dysfunkcí, která vychází z nácvikového postupu, vypracovaného již dříve řadou zahraničních sexuologů (především Mastersem a Johnsonovou, nověji pak Kaplanovou). Tematika psychoterapie sexuálních dysfunkcí je v české literatuře zpracována komplexně a detailně prof. Kratochvílem. Autor dělí z hlediska účinných mechanismů psychoterapii dysfunkcí na tyto dílčí přístupy: psychoterapii racionální, dynamickou, hypnoterapii a psychoterapii nácvikovou. Tam patří metoda – „stop – start“ a stiskací metoda.

Analytickou, dynamickou či jinou časově náročnou psychoterapii potřebují k léčbě své PE na rozdíl od racionální psychoterapie jen někteří muži.

Kratochvíl (7) jasně definuje, co zahrnuje racionální psychoterapie u PE. Spočívá ve výkladu mechanismu poruchy a v praktických radách, jak souloz prodlužovat.

Metoda „stop-start“ spočívá ve stimulaci penisu až k dosažení vysokého stupně podráždění, kdy se stimulace přeruší a po poklesu podráždění se pacient snaží opět dostat stimulaci co nejbližší k pocitu, že dojde k ejakulaci. Cvičení se opakuje s cílem co nejvíce prodloužit dobu od začátku stimulace k bodu neodvratné ejakulace. Tato technika není ničím novým a slouží mnoha mužům, onanujícím pro dosahování náhražkové sexuální slasti.

Léčebný efekt může přinést i sama masturbace provedená před schůzkou partnerů. Přistupovali k ní dávno i mladí laici bez rady sexuologa.

Protože je PE nebo rychlá ejakulace často urychlována psychickými faktory, jako je zamilovanost, déletrvajícím bažením po partnerce, obavy ze selhání nebo ostych, má nepochybně větší význam, nacvičuje-li se metoda „stop-start“ přímo rukou nebo jiným způsobem stimulace ze strany partnerky. Pacient pak kontroluje stoupající napětí a před bodem neodvratné ejakulace dotykem nebo slovně přibrzdí partnerku v její stimulaci. V tomto případě stimulace ze strany partnerky někteří autoři nazývají krokem dvě metody „stop-start“.

Za další krok se považuje imise penisu do pochvy a setrvání v klidu. Posledním krokem

je nácvik výdrže penisu v pochvě při provádění frikčních pohybů. Ty musí být pomalé, jemné, s přestávkami, k nimž dá pokyn pacient.

Z praktických rad, které Kratochvíl a jiní připomínají při nácviku prodlužování IELT metodou „stop-start“ podtrhujeme časté opakování sexuálního styku u mladých mužů, zvláště u stenické formy PE.

Technika stisku (stiskací metoda, squeeze technic) může být doplňkem metody „stop-start“, a to tak, že po přerušení stimulace před blížícím se bodem neodvratné ejakulace pacient nebo partnerka stiskne penis. Dříve se přikládalo význam pouze vypuzení krve ze ztopořeného penisu a tím navozenému ochabnutí jako příčině oddálení přicházející ejakulace. Nověji se doporučuje stisk v přesně vymezené oblasti, a to palcem přiloženým na uzdičku a prsty obkružujícími corona glandis.

Ne u každého pacienta se tyto v podstatě behaviorální metody osvědčí, naopak se může stát, že v určité dvojici mohou být brány jako velmi vzrušující a mohou vést k PE.

Doporučuje se rovněž technika stisknutí penisu u kořene.

Závěr

Předčasná ejakulace je velmi častou sexuální poruchou. Většina sexuologů uvádí, že je ve výskytu hned na druhém místě za erektilní dysfunkcí. Je to porucha, která netrápí jen pacienty samotné, ale i jejich partnerky. Cílem terapie není dosáhnout nějaké časové hranice, odpovídající literárním definicím, ale prodlouže-

ní doby koitu na úroveň, která bude vyhovovat oběma partnerům (2).

Nové možnosti farmakoterapie, zejména užití nových antidepresiv SSRI, výrazně zlepšilo naše terapeutické možnosti. Výsledky léčby jsou velmi povzbudivé, navíc se v dohledné době mají objevit nové preparáty určené výlučně pro terapii této poruchy.

Autoři se snažili podat ucelený přehled možností terapie předčasné ejakulace. Většina sexuologů zvolí jako léčbu volby antidepresiva SSRI, která pacient užívá denně, nezávisle na jeho sexuální aktivitě. Jedná se o terapii off label a navíc u pacientů, kteří nemají pravidelný styk, je toto do jisté míry i ekonomické plýtvání. Proto se jako nadějný jeví nový preparát dapoxetin pro užívání dle potřeby. Je to první preparát vyvinutý speciálně pro terapii této poruchy. Praxe teprve ukáže, jak se osvědčí. Další medikamenty uvedené v našem přehledu jsou spíše doplňkové a lze je i navzájem kombinovat. Velmi oblíbenou a účinnou kombinací je současné užívání antidepresiva a inhibitoru PDE-5.

Sexoterapie je vhodná jen pro některé pacienty, většinou opět v kombinaci s biologickou léčbou.

Literatura

1. Basar MM, Erdal A, Ferhat M, et al. Terazosin in the Treatment of Premature Ejaculation: A Short term Follow-up. *Internat. Urol. and Nephrol.* 2005; 37(4): 773–777.
2. Daneš L. Předčasná ejakulace. 1. Vydání. Grada, 2011.
3. Gallo L, Perdon S, Gallo A. The Role of Short Frenulum and the Effects of Frenulectomy on Premature Ejaculation. *J. Sex. Med.*, 2010; 7(3): 1269–1276.
4. Giuliano F, Hellstrom WJG. The pharmacological treatment of premature ejaculation. *BJU Internat.*, 2008; 102(6): 102–109.

5. Hyun JS, Kam SCh, Kwan OY. Changes of Cerebral Current Source by Audiovisual Erotic Stimuli in Premature Ejaculations Patients. *J. Sex. Med.*, 2008; 5(6): 1474–14814.

6. Kolomazník M. Léčba předčasné ejakulace intermitentně podávaným sertralinem. *Psychiatrie* 2004; 8(2): 100–103.

7. Kratochvíl S. Psychoterapie sexuálních dysfunkcí. In: P. Weiss: *Sexuologie*. Grada, Praha 2010.

8. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual inadequacy*. Little, Brown and Comp., Boston 1970.

9. McMahon ChG, Waldinger M, Rowland D, et al. *Ejaculatory Disorders*. In: H. Parot, J. Buvat (eds): *Standard practice in Sexual Medicine*. Blackwell Publishing, Massachusetts 2006.

10. Modi NB, Dresser MJ, Simon M, et al. Single-and Multiple-Dose Pharmacokinetics of Dapoxetine Hydrochloride, a Novel Agent for the Treatment of Premature Ejaculation. *J. Clin. Pharm.*, 2006; 46(3): 301–309.

11. Sadeghi-Nejad H, Watson R. Premature Ejaculation: Current Medical Treatment and New Directions (CME). *J. Sex. Med.*, 2008; 5(5): 1037–1050.

12. Shamloul R, Nashaar A. Chronic Prostatitis in Premature Ejaculation: A Cohort Study in 153 men. *J. Sex. Med.*, 2006; 3(1): 150–154.

13. Waldinger MD. Male ejaculation And orgasmic disorders. In: R. Balon, R. T. Segraves (eds): *Handbook of sexual dysfunction*. Taylor and Francis, Boca Raton 2005.

14. Wang WF, Wang Y, Minhas S, et al. Can sildenafil treat primary premature ejaculation? A prospective clinical study. *Internat. J. Urol.*, 2007; 14(4): 331–355.

15. Weiss P, Zvěřina J. *Sexuální chování obyvatelstva České republiky IV*. DEMA, Praha 2009.

16. Zvěřina J. *Sexuologie nejen pro lékaře*. CERM, Brno 2003.

Článek doručen redakci: 17. 5. 2013

Článek přijat k publikaci: 5. 6. 2013

MUDr. Luděk Daneš, CSc.
Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN
Apolinářská 4, 128 08 Praha 2
ludek.danes@1lf.cuni.cz

