

heterogeneity in available studies does not allow to evaluate its effectiveness correctly. Intraurethral application of prostaglandin E1 is a less invasive alternative to intracavernous injection. This treatment is also significantly less effective.

KEY WORDS

Erectile dysfunction, conservative treatment, phosphodiesterase 5 inhibitors, prostaglandin E1.

.....

ÚVOD

Pacienti s erektilní dysfunkcí (ED) přicházejí do urologické či andrologické ambulance s očekáváním, že jejich zdravotní problém dokážeme vyléčit. Léčba, kterou jim můžeme nabídnout, je však většinou jen symptomatická. Kauzální léčba je možná pouze u psychogenní ED, posttraumatické arteriogenní ED u mladých pacientů a ED z hormonálních příčin (1–3). Pokud chceme pacientovi nabídnout kauzální léčbu, je nevyhnutelná správná identifikace rizikových faktorů a onemocnění, která mohou ED způsobovat (Tab. 1). Korekce nezdravého životního stylu s navýšením fyzické aktivity, redukce hmotnosti, úprava chronické medikace a správná léčba přidružených onemocnění (např. diabetes mellitus, hypertenze, hypogonadismus) může vést k dlouhodobému zlepšení erektilní funkce bez nutnosti dlouhodobého užívání léků na podporu erekce (4–9). Nejvýznamnější roli při identifikaci těchto rizikových faktorů hraje správně odebraná anamnéza. Při objektivním vyšetření se zaměříme na přítomnost deformity penisu (m. Peyronie), poruchu vývoje zevního genitálu (epispadie, hypospadii, mikropenis), přítomnost závažné neléčené fimózy, prekancerózy, či karcinomu penisu. Měli bychom se soustředit na možné příznaky hypogonadismu (např. gynekomastie a vyjádření sekundárních pohlavních znaků) a pomocí vyšetření per rectum vyloučit onemocnění prostaty. Nezbytnou součástí objektivního vyšetření u každého pacienta je také změření krevního tlaku. Z laboratorních vyšetření je u pacienta s ED vhodné zkontrolovat hladinu testosteronu, případně doplnit

další odběry, jako ranní glykemii, hladinu glykovaného hemoglobinu, lipidový profil, hladinu volného testosteronu a index volných androgenů.

KARDIOVASKULÁRNÍ RIZIKO U PACIENTŮ S ED

Porucha erekce se často vyskytuje u pacientů s jiným kardiovaskulárním onemocněním. Samotný výskyt ED u pacienta statisticky zvyšuje riziko infarktu myokardu, cévní mozkové příhody a kardiovaskulární mortality (10). Erektilní dysfunkce tedy může být časnou manifestací onemocnění koronárních tepen a periferních tepen. Poruchu erekce je proto potřeba vnímat jako potenciální varovné znamení a ne pouze jako změnu kvality života pacienta (11, 12). Před zahájením symptomatické léčby ED je potřeba správně vyhodnotit kardiovaskulární riziko pacienta. Pohlavní styk je fyzicky náročná aktivita a může být pro pacienta nebezpečný. Stratifikace nemocných dle kardiovaskulárního rizika na základě 2. a 3. Princetonského konsenzu je uvedena v tabulce 2. Podle této stratifikace je možné u pacienta s nízkým kardiovaskulárním rizikem bezpečně zahájit symptomatickou léčbu ED. U pacienta se středním rizikem je vhodné posouzení kardiologem a pacient s vysokým kardiovaskulárním rizikem by se měl sexuální aktivity vyvarovat.

LÉČBA EREKILNÍ DYSFUNKCE

Úprava životního stylu a správná korekce přidružených onemocnění jsou nejdůležitější kroky v léčbě ED. Než se však jejich efekt projeví, nebo v případech, kdy ani jejich korekce nevede ke zlepšení ED, můžeme pacientům nabídnout léčbu symptomatickou. Guidelines Evropské urologické společnosti (EAU) pro rok 2022 představují nový algoritmus léčby ED. Tento již nerozděluje léčbu ED do třech linií dle invazivity. Byť nový algoritmus invazivitu a efektivitu léčby zohledňuje, doporučuje pacientovi nabídnout všechny léčebné modalities, tak aby si on mohl nejlépe vybrat léčbu, která mu vyhovuje (1).