

svěrače šetřících operací se výskyt sexuálních dysfunkcí snížil. I přes nástup technik šetřících nervové struktury a zavedení totální mezorektální excize nelze dosud spolehlivě zabránit ani přechodným poruchám erekce. Nejčastějšími sexuálními problémy mužů s kolorektálním karcinomem jsou erektilní dysfunkce a dysfunkce ejakulace (8).

PENILNÍ REHABILITACE

Důsledkem nervově nešetřících operačních výkonů v malé pánevi (RP, RACE) jsou změny morfologie penilní tkáně, ke kterým dochází při denervaci penisu vedoucí k deoxygenaci topořivých těles při absenci erektilní aktivity včetně spontánní, reflexní erekce ranní, noční. Důsledkem je zkrácení penisu a zmenšení jeho obvodu, což nemocného znepokojí. Těžká erektilní dysfunkce se objevuje zejména po operacích oboustranně nervy nešetřících, vzácná není ani u nemocných s nervy šetřícími operacemi. Termín „penilní rehabilitace“ po RP byl poprvé použit Montorsim. Penilní rehabilitace byla definována jako jakýkoli zásah se záměrem obnovit předoperační erektilní funkci. Včasná oxygenace penisu představuje prevenci fibrotické přestavby topořivých těles. Rehabilitační program má proto za cíl okysličit kavernózní tkáň (9). Ve studiích na zvířatech bylo prokázáno, že chronické užívání inhibitorů fosfodiesterázy pátého typu (PDE5i) významně zlepšuje nebo zabraňuje intrakavernózním strukturálním změnám způsobeným věkem, ale i chirurgickým poškozením, u lidí neexistují žádná data. Nejčastěji používanou strategií je pravidelné užívání PDE5i, tadalafilu 5 mg po dobu 12–18 měsíců po RP. Výsledky klinických studií ukazují, že tadalafil 5 mg podávaný jednou denně brzy po operaci přispívá k obnovení pooperační erektilní funkce a zachování délky penisu. Chronická ischemie, která se vyskytuje u mužů s KP spolu se stárnutím a zdravotními KV (kardiovaskulárními) komorbiditami, je spojena se snížením hladiny oxidu dusnatého – cyklického guanosinmonofosfátu a nakonec s kavernózní fibrózou. Pravidelné podávání PDE5i může zlepšit endoteliální funkci a snížit arteriální tuhost, což je vhodný způsob potenciální léčby penilní fibrózy související s ED po RP. Výsled-

ky dvou metaanalýz ukázaly, že i sildenafil 100 mg podávaný jednou denně je optimální strategií pro penilní rehabilitaci (10). Kombinovaná terapie podtlakovými přístroji (Vacuum Erection Device, VED) a PDE5i je výhodnější než monoterapie, proto by tento kombinovaný přístup měl být dle Guidelines EAU (Doporučení Evropské urologické společnosti) zvažován v klinickém managementu penilní rehabilitace. K penilní rehabilitaci je možné použít také intrakavernózní injekce. Jednotný protokol však neexistuje (10). Jsou publikovány první práce zkoumající použití rázové vlny nízké intenzity (Li-ESWT) v penilní rehabilitaci. Zatím není jednotný protokol jasně definující počet rázů a délku léčení. Prozatímní výsledky ukázaly, že i když je dosaženo zlepšení skóre IIEF-5 (International Index of Erectile Function), není klinicky významné. Na základě dostupných výsledků lze uzavřít, že Li-ESWT je bezpečný způsob penilní rehabilitace po nervy šetřící radikální prostatektomii zlepšující perfuzi penisu (11).

EREKILNÍ DYSFUNKCE, DIAGNOSTIKA

Mnoho mužů se zdráhá vyhledat medicínskou pomoc. Toto zdráhání souvisí se studem, frustrací a úzkostí, kterou zažívají nejen muži, ale i jejich partnerky. Základ diagnostiky ED tvoří anamnestický rozhovor. Důležitá je otázka cílená na zachování reflexní erekce, která predikuje respondérství na perorální léčbu PDE5i. Tážeme se na kvalitu erekce před operací (ED zhoršuje prognózu), orgasmus, klimakturii (únik moči při orgasmu), frekvenci sexuální aktivity, kvalitu partnerského vztahu a podporu partnerky (1). Stupeň závažnosti poruchy erekce verifikujeme dle Mezinárodního dotazníku erektilní funkce IIEF-5 (12).

LÉČBA ED U ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

ED je nejčastější SD, pro kterou onkologicky nemocní vyhledají sexuologa. Indikací k léčbě je selhání ve > 25 % pokusů o styk. Dle Guidelines EAU je první krok v léčbě, 1. linie léčby, perorální