

Przedwczesny wytrysk

Definicje

Przedwczesny wytrysk (PE – *premature ejaculation*) jest częstą dysfunkcją seksualną, jednak znalezienie uniwersalnej definicji tego zaburzenia stwarza duże trudności.

Na każdą z trzech najczęściej stosowanych definicji klinicznych składają się dwa podstawowe komponenty:

- niemożność kontroli albo opóźnienia ejakulacji
- następujący stres (lęk, niepokój, zaburzenia w relacji z partnerką).

Second International Consultation on Erectile and Sexual Dysfunctions w WHO z 2004 r., DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV) oraz American Urological Association definiują PE jako ejakulację po minimalnej stymulacji seksualnej, osiągniętą wcześniej, niż pacjent chce (przed penetracją pochwy lub wkrótce po rozpoczęciu penetracji), prowadzącą do napięcia i niepokoju czy frustracji u pacjenta lub partnerki.¹

Próba zobiektywizowania kryteriów tego zaburzenia opiera się na czasie wewnątrzpochwowego opóźnienia wytrysku (IELT – *intra vaginal ejaculation latency time*), tj. od immisji prącia do początku ejakulacji wewnątrzpochwowej. Termin ten wprowadzili Waldinger i wsp. w 1994 r. W 2005 r. przeprowadzili badania pozwalające wykreślić krzywą IELT wśród zdrowych mężczyzn. Mediana IELT wynosiła 5,4 min, u 2,5 percentyla zanotowano IELT $\leq 1,3$ min, a u 0,5 percentyla $\leq 0,9$ min.² Najczęściej przyjmuje się, że w przedwczesnym wytrysku IELT jest krótszy niż 1 lub 2 min.³ Waldinger i wsp., przeprowadzając metaanalizę 41 badań pierwotnych, stwierdzili w 2004 r., że za-

stosowano w nich różne IELT jako definiujące PE: w 30 badaniach 1 lub 2 min, w 8 badaniach 3 min, a w pojedynczych badaniach 30 s, 4 min i 5 min.⁴ Niektórzy autorzy przyjmują jako punkt odcięcia nawet IELT 7 min. Dokonano też podziału przedwczesnego wytrysku w zależności od IELT na postać ciężką (IELT ≤ 15 s), umiarkowaną (od 15 s do 1 min) i łagodną (1-2 min).⁵

Z PE mamy jednak do czynienia wtedy, kiedy brak kontroli nad wytryskiem stwarza problem i wywołuje frustrację u któregoś z partnerów lub obojga (subiektywne parametry oceny), dlatego posługiwanie się wyłącznie IELT, choć przydatne w monitorowaniu leczenia, nie może być podstawą diagnostyki. Pewnym postępem w tej dziedzinie wydaje się skonstruowanie kwestionariuszy (patrz niżej), które pozwalają ocenić wpływ PE na jakość życia seksualnego mężczyzn i ich partnerek.⁶

Niektórzy autorzy wyróżniają kilka podjednostek tego zaburzenia: trwające całe życie (pierwotne), nabyte (wtórne), występujące okresowo i zaburzenia wytrysku podobne do PE.

Epidemiologia

W zależności od przyjętej definicji PE występuje z częstością 4-66%⁸ i jest uważany za najczęstszą dysfunkcję u mężczyzn.¹

W Kanadzie przeprowadzono badanie populacyjne 3816 osób: częstość PE oceniono na 16-24% w zależności od przyjętej definicji, przy spełnieniu kryteriów wcześniej obowiązującej DSM-III.⁷ W USA objęto badaniem 1410 mężczyzn i stwierdzono to zaburzenie u blisko 30% z nich. Występowanie PE nie było skorelowane z wiekiem, rasą ani stanem cywilnym.¹ Duże międzynarodowe

Ilek. Dorota Lucja Jarczevska

Szpital Uniwersytecki
w Krakowie

Medycyna po Dyplomie 2010;
(19); 10 (175): 121-133

Tabela 1. Poszczególne typy przedwczesnego wytrysku, częstość ich występowania i średni IELT⁹

| Typ | Szacowana częstość (wszystkie przypadki PE=100%) | IELT mediana (95% CI) [s] |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| Pierwotny (trwający całe życie) | 62,5% | 20,47 ± 28,90 (95% CI 2-120) |
| Nabyty (wtórny) | 16,1% | 57,91 ± 38,72 (95%CI 90-180) |
| Występujący okresowo | 14,5% | 144,17 ± 22,47 (95%CI 120-180) |
| Zaburzenia wytrysku podobne do PE | 6,9% | 286,67 ± 69,96 (95%CI 180-420) |

badanie z 2005 r., GSSAB (Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors), przeprowadzone w 29 krajach na różnych kontynentach na próbie 13 618 mężczyzn, wykazało, że częstość PE wynosi od 21% do 31% i jest skorelowana z niższym wykształceniem i mniejszą aktywnością seksualną.⁸

Próbowano też ustalić częstość poszczególnych typów PE (tab. 1).

PE w podstawowej opiece zdrowotnej

We wspomnianym wyżej badaniu kanadyjskim 90% mężczyzn nie dyskutowało o możliwościach leczenia tego zaburzenia z lekarzem. Zwykle problem zdrowia seksualnego nie jest poruszany podczas wizyt ani przez lekarza, ani przez pacjenta. Z przedwczesnym wytryskiem wiąże się pewna stygmatyzacja, stąd tym trudniej pacjentowi pokonać tę barierę.⁷ Dlatego rola lekarza POZ, który spotyka się z pacjentem przy okazji innych problemów zdrowotnych, jest nie do przecenienia. Pacjent z własnej woli nie będzie szukał pomocy u specjalisty, a jeśli już, zrobi to bardzo późno. Lekarz POZ podejmując rozmowę o zdrowiu seksualnym, może pomóc rozpoznać problem, a następnie udzielić pomocy.¹⁰ Lekarz rodzinny ma czas, odpowiednią wrażliwość i wiedzę, może też zdobyć kompetencje, aby zaoferować pacjentowi szybką interwencję psychoedukacyjną.

Leczenie PE można rozważyć w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Niewątpliwie znaczenie ma wstępne rozpoznanie problemu i pomoc w jego dokładnym opisanu przez mężczyznę (a najlepiej przez oboje partnerów). W ramach POZ można prowadzić też proste leczenie oparte na trzystopniowym postępowaniu. Jeśli lekarz nie ma doświadczenia w leczeniu tego zaburzenia lub potrafi zastosować wyłącznie leczenie farmakologiczne, nie podejmując terapii behawioralnej, powinien jak najwcześniej skierować pacjenta na konsultację do seksuologa, psychologa lub psychiatry.¹⁰ Najlepiej w POZ sprawdzają się zintegrowane interwencje, na które składa się leczenie farmakologiczne i porady dotyczące technik behawioralnych, redukcji lęku, podnoszenia samooceny pacjenta i poprawy komunikacji w związku partnerskim.¹ Pomoc psychiatry jest niezbędna, jeśli obserwuje się poważne zaburzenia emocjonalne będące przyczyną PE.¹⁰ W razie niepowodzenia leczenia konieczne są konsultacje z seksuologiem, psychologiem, psychiatrą, ewentualnie urologiem. Sugeruje się wówczas objęcie pacjenta opieką przez dwuosobowy zespół składający się z psychoterapeuty i lekarza doświadczonego w leczeniu PE (ta terapia nie jest jednak w Polsce refundowana).¹ Leczenie PE ma wpływ nie tylko na dobrostan psychiczny pacjenta, ale także

na uzdrowienie jego relacji z partnerką, a tym samym poprawę relacji wewnątrz całej rodziny.¹

Znaczenie choroby

Skutkami PE są:

- poczucie braku kontroli nad wytryskiem
- brak satysfakcji ze współżycia, poczucie niepełnej bliskości podczas aktu seksualnego
- stres
- niepokój
- depresja
- nadużywanie substancji psychoaktywnych
- gniew, złość
- rozczarowanie
- obniżona samoocena
- problemy w związku z partnerką (prowadzące do unikania współżycia, czasem rozstania)
- niskie libido
- wtórne zaburzenia wzrodu.

Revicki i wsp. podjęli się ustalenia różnic w przeżywaniu problemów związanych z PE między mężczyznami z różnych krajów: Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Francji, Niemiec, Włoch i Polski. Okazało się, że różnice te są niewielkie i że psychospołeczne obciążenie tym zaburzeniem jest znaczne. Brak kontroli nad wytryskiem prowadzi do zmniejszonej satysfakcji ze współżycia i frustracji; te zaś rzutują na relacje z partnerką, a poza tym powodują zaniżoną samoocenę mężczyzny. We Włoszech, w Stanach Zjednoczonych i Polsce kobiety wskazywały jednak, że ich partnerzy częściej zaprzeczali temu, że występuje u nich zaburzenie, i nie chcieli przyznać, że istnieje problem we współżyciu.¹¹ Partnerki mężczyzn z PE twierdzą, że choć współżycie może być rozczarowujące, dotkliwszy jest dla nich brak emocjonalnej bliskości po osiągnięciu przez mężczyznę przedwczesnie wytrysku. Mężczyźni są w czasie współżycia zdenerwowani, działają pośpiesznie i po wytrysku zniechęcają partnerki do zbliżenia, aby ukryć wstyd. To natomiast jest przez nie odbierane jako odrzucenie. Często oboje stają się sfrustrowani, czują złość do siebie nawzajem. W raporcie z 2005 r. 23,2% kobiet uważało, że ich partner ma przedwczesny wytrysk. Kobiety te statystycznie częściej niż pozostałe miały trudności w osiągnięciu orgazmu i czuły się „ponaglana”, a 65% z nich było zainteresowanych otrzymaniem porady lub terapii dotyczącej PE.¹

Przedwczesny wytrysk i zaburzenia erekcji (ED – *erectile dysfunction*) tworzą błędne koło chorobowe (u 41% pacjentów z zabu-

Tabela 2. Kwestionariusz Index of Premature Ejaculation (IPE) w polskiej wersji językowej¹⁹

| Pytanie | Odpowiedzi |
|--|--|
| 1. Jak często przy odbywaniu stosunku płciowego w ciągu ostatnich czterech tygodni panował Pan nad tym, kiedy nastąpi wytrysk? | <ul style="list-style-type: none"> • Nie odbywałem stosunków płciowych (nie dotyczy) • Prawie zawsze lub zawsze • Częściej niż w połowie przypadków • W blisko połowie przypadków • Rzadziej niż w połowie przypadków • Prawie nigdy lub nigdy |
| 2. Jak dużą pewność miał Pan w ciągu ostatnich czterech tygodni co do swojego panowania nad tym, kiedy dojdzie do wytrysku przy odbywaniu stosunków płciowych? | <ul style="list-style-type: none"> • Nie odbywałem stosunków płciowych (nie dotyczy) • Dużą • Stosunkowo dużą • Ani dużą, ani małą • Stosunkowo małą • Małą |
| 3. Jak często przy odbywaniu stosunków płciowych w ciągu ostatnich czterech tygodni były one dla Pana satysfakcjonujące? | <ul style="list-style-type: none"> • Nie odbywałem stosunków płciowych (nie dotyczy) • Prawie zawsze lub zawsze • Częściej niż w połowie przypadków • W około połowie przypadków • Rzadziej niż w połowie przypadków • Prawie nigdy lub nigdy |
| 4. Na ile był Pan przy odbywaniu stosunków płciowych w ciągu ostatnich czterech tygodni zadowolony ze swojego poczucia panowania nad tym, kiedy dojdzie do wytrysku? | <ul style="list-style-type: none"> • Nie odbywałem stosunków płciowych (nie dotyczy) • Bardzo zadowolony • Nieco zadowolony • Ani zadowolony, ani niezadowolony • Nieco niezadowolony • Bardzo niezadowolony |
| 5. Na ile był Pan przy odbywaniu stosunków płciowych w ciągu ostatnich czterech tygodni zadowolony z długości trwania stosunku przed osiągnięciem wytrysku? | |
| 6. Na ile był Pan w ciągu ostatnich czterech tygodni ogólnie zadowolony z życia intymnego? | |
| 7. Na ile był Pan w ciągu ostatnich czterech tygodni zadowolony z relacji intymnych z partnerką? | |
| 8. Ile przyjemności dawały Panu stosunki płciowe w ciągu ostatnich czterech tygodni? | <ul style="list-style-type: none"> • Nie odbywałem stosunków płciowych (nie dotyczy) • Dużo • Stosunkowo dużo • Ani dużo, ani mało • Stosunkowo mało • Mało |
| 9. Na ile w ciągu ostatnich czterech tygodni martwił Pana (wywoływał u Pana frustrację) czas trwania stosunku do momentu osiągnięcia wytrysku? | <ul style="list-style-type: none"> • Nie odbywałem stosunków płciowych (nie dotyczy) • Martwił mnie ogromnie • Martwił mnie bardzo • Martwił mnie umiarkowanie • Martwił mnie lekko • Wcale mnie nie martwił |
| 10. Na ile w ciągu ostatnich czterech tygodni martwił Pana (wywoływał u Pana frustrację) stopień panowania nad wytryskiem? | <ul style="list-style-type: none"> • Nie odbywałem stosunków płciowych (nie dotyczy) • Martwił mnie ogromnie • Martwił mnie bardzo • Martwił mnie umiarkowanie • Martwił mnie lekko • Wcale mnie nie martwił |

rzeniami wzrodu występuje PE, a 30% pacjentów z PE zgłasza zaburzenia wzrodu). Z jednej strony zaburzenia erekcji często leżą

u podłoża PE, z drugiej – mogą być jednym ze skutków PE. Mężczyzna, u którego te dysfunkcje się nakładają, aby utrzymać kon-

trolę nad wytryskiem, mimowolnie zmniejsza pobudzenie (co może prowadzić do zaburzeń erekcji) lub zwiększa je (co może wywoływać przedwczesny wytrysk). Może dążyć do wczesnego wytrysku ze względu na słabą erekcję, może też zgłaszać zaburzenia erekcji, gdy ta ustępuje po wczesnej ejakulacji. Istniejące faktycznie zaburzenia wzdru mogą się nakładać na PE, ale mogą to być też reaktywne zaburzenia erekcji wywołane lękiem i frustracją z powodu PE.⁵

Przyczyny

Etiologia PE nie jest wciąż w pełni poznana, jednak zjawiska neurobiologiczne towarzyszące temu zaburzeniu zostały szczegółowo opisane. Prawidłowa odpowiedź seksualna mężczyzny składa się z czterech faz:¹²

- podniecenia
- plateau
- ejakulacji (na którą składa się emisja oraz wytrysk nasienia) i orgazmu
- odprężenia.

U mężczyzn z PE obserwuje się stępienie normalnej krzywej odpowiedzi seksualnej, która charakteryzuje się u nich wygórowaną fazą podniecenia ze skróconą fazą plateau, za którą zaraz następują ejakulacja i orgazm oraz szybko dochodzi do fazy odprężenia.

Ejakulacja jest uwarunkowana odruchem współczulnym z ośrodków Th10-L2 (prowadzącym do skurczu prostaty i pęcherzyków nasiennych, co powoduje depozycję nasienia w tylnej części cewki moczowej) oraz S2-S4 (inicjującym zamknięcie szyi pęcherza i relaksację zewnętrznego zwieracza cewki moczowej, co prowadzi do rytmicznych skurczów mięśni dna miednicy).⁵ Strukturami mózgowia zaangażowanymi w ejakulację są: podwzgórze, ciała migdałowe, prążek krańcowy, jądra przyolbrzymiokomórkowe i pole przedwzrokowe, a neuroprzekaznikami: serotonina, dopamina, noradrenalina, oksytocyna i kwas gamma-aminomasłowy (GABA).¹

Wśród teorii dotyczących etiologii PE można wyróżnić psychogenno-behawioralne i neurobiologiczne. Do niedawna przyznawano prymat psychogennemu pochodzeniu zaburzenia, dziś jednak wielu badaczy odstępuje od tego stanowiska, podkreślając, że główną rolę w pierwotnym PE odgrywa podłoże neurobiologiczne, gdy tymczasem we wtórnym (nabytym) PE raczej psychogenne, choć zapewne w obu nakładają się na siebie zjawiska neurofizjologiczne (biologiczne) i związane z psychiką (oraz behawioralne). Możliwe również, że PE to heterogenna grupa zaburzeń o podobnej symptomatologii, lecz odmiennej patogenezie.¹

Teorie organicznego pochodzenia zaburzenia uwzględniają następujące mechanizmy:¹ nadwrażliwość prącia, nadpobudliwość ośrodków odpowiedzialnych za odruch ejakulacji (szybsza faza emisji i wytrysku, szybszy odruch z ciała jamistych lub oba mechanizmy), predyspozycje genetyczne (prawdopodobnie wyższa częstość PE u mężczyzn, u których krewni pierwszego stopnia mają to zaburzenie), centralna hipoaktywność serotonergiczna (hipoteza oparta na obserwacji modeli zwierzęcych: mniejsza ilość serotoniny w synapsach, mniejsza wrażliwość receptorów na 5-HT_{2c} lub 5-HT_{1a}). Serotonina (5-HT) pełni funkcję hamującą w zachowaniu seksualnym mężczyzny.

Wstrzyknięcie selektywnego inhibitora zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI) do podwzgórza szczerza opóźniało ejakulację, a podanie selektywnego agonisty receptorów serotoninowych wywoływało przedwczesny wytrysk.¹³ Szlaki dopaminergiczne powodują stymulację ejakulacji poprzez receptory D₂. Rzadką, lecz łatwą do ustalenia przyczyną organiczną PE jest stwardnienie rozsiane, rozszczep kręgosłupa lub guz rdzenia kręgowego. W grupie mężczyzn z PE wysoki odsetek stanowią chorzy na przewlekłe zapalenie stercza. Przedwczesny wytrysk koreluje z nadczynnością tarczycy i może ustąpić w eutyreozie.⁵ Tłumaczy się to zwiększoną aktywnością układu współczulnego przy normalnym stężeniu krążących katecholamin i może być skutkiem bezpośredniego wpływu tyreotoksykozy na czynność mięśni gładkich lub pośredniego, wywołującego rozdrażnienie i lęk pacjenta. Co ciekawe, w jądrach u ludzi znaleziono receptory hormonów tarczycy, ale ich rola jest wciąż badana. Odkryto także korelację PE z obniżonym stężeniem magnezu w spermie, lecz znaczenie kliniczne tego odkrycia jest jeszcze niezbadane.¹⁴

Teorie behawioralne patogenezy PE wywodzące się od Semana traktowały PE jako wyuczone zachowanie uwarunkowane wczesnymi doświadczeniami seksualnymi. Już Freud twierdził, że nieprawidłowe wyobrażenia i fałszywe przekonania dotyczące seksualności nabyte w dzieciństwie mogą powodować zaburzenia seksualne, w tym PE. Niektórzy autorzy zajmujący się psychoanalizą głosili pogląd, że przedwczesny wytrysk występuje u osób ze skłonnościami sadystycznymi i narcystycznymi; inni – że u pasywnych i mających tendencje do zachowań masochistycznych w związku z partnerem lub u osób z zachowaniami obsesyjno-kompulsywnymi.⁵

W ostatnich latach seksuolodzy skupiają się raczej na roli lęku w zaburzeniu. Wskazują nań jako na potencjalną przyczynę PE.¹⁵ Lęk może rozpraszać mężczyznę podczas współżycia, a zatem zaburzać percepcję bodźców ostrzegawczych poprzedzających ejakulację i aktywujących współczulny układ nerwowy, może też obniżyć progowe pobudzenie ejakulacji. Pod wpływem lęku mężczyźni mogą nie być w stanie właściwie obserwować eskalacji podniecenia seksualnego i adekwatnie na nią reagować.¹

Diagnostyka

Podstawą do rozpoznania PE są skargi pacjenta. Wywiad, w którym pacjent i lekarz znajdą wspólny język do opisanego okoliczności wystąpienia zaburzenia, jest podstawowym warunkiem ustalenia czasu od początku współżycia do ejakulacji jako najistotniejszego kryterium rozpoznania. Opinie partnerki mogą wnieść duży wkład w opis zaburzenia. Szczególnie istotne jest, aby na podstawie wywiadu móc rozróżnić PE i zaburzenia erekcji (niemożność uzyskania lub utrzymania erekcji), ponieważ obie dysfunkcje często ze sobą współistnieją. Co więcej, niektórzy mężczyźni nie są świadomi, że utrata erekcji po ejakulacji jest fizjologiczna; mogą przychodzić ze skargą na zaburzenia erekcji, gdy tymczasem prawdziwym problemem jest PE. Dlatego wytyczne American Urological Association opisują szczegółowo wywiad lekarski z pacjentem skarżącym się na PE,¹⁶ który powinien zawierać pytania o:

Tabela 3. Kwestionariusz Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PED) w polskiej wersji językowej²²

| Pytanie | Odpowiedzi |
|--|---|
| 1. Na ile trudno jest Panu opóźnić wytrysk? | <ul style="list-style-type: none"> • Wcale nie jest trudno • Odrobinę trudno • Umiarkowanie trudno • Bardzo trudno • Skrajnie trudno |
| 2. Czy dochodzi u Pana do wytrysku wcześniej, niż Pan tego chce? | <ul style="list-style-type: none"> • Prawie nigdy lub nigdy (0%) • Rzadziej niż w połowie przypadków (25%) |
| 3. Czy dochodzi u Pana do wytrysku przy bardzo niewielkiej stymulacji? | <ul style="list-style-type: none"> • W blisko w połowie przypadków (50%) • Częściej niż w połowie przypadków (75%) • Prawie zawsze lub zawsze (100%) |
| 4. Czy odczuwa Pan frustrację z powodu tego, że osiąga wytrysk wcześniej, niż tego chce? | <ul style="list-style-type: none"> • Wcale nie • Odrobinę • Umiarkowanie |
| 5. Na ile martwi się Pan, że czas potrzebny Panu do osiągnięcia wytrysku powoduje niespełnienie seksualne partnerki? | <ul style="list-style-type: none"> • Bardzo • Ogromnie |

- częstość występowania i czas trwania zaburzenia
- specyfikę współżycia z poszczególnymi partnerkami
- odsetek prób współżycia, w których wystąpił przedwczesny wytrysk
- stopień stymulacji wywołujący PE
- naturę i częstość aktywności seksualnej (pieszczoty, masturbacja, współżycie, używanie bodźców wizualnych)
- wpływ PE na aktywność seksualną
- typ i jakość relacji z różnymi ludźmi (z partnerkami seksualnymi, najbliższą rodziną i innych znaczących dla pacjenta)
- jakość życia
- czynniki nasilające zaburzenia
- nadużywanie leków i innych substancji psychoaktywnych.

Badania dodatkowe w diagnostyce PE nie są konieczne, chyba że wywiad jest nietypowy. Ze względu na częstą koincydencję zapaleń prostaty i PE w razie podejrzenia zapalenia stercza należy uwzględnić ocenę gruczołu za pomocą TRUS i testu Mearesa-Stameya.⁵ Należy także wziąć pod uwagę choroby, które mogą wpływać na rozwój PE.¹⁰

W diagnostyce PE, a później ewentualnie także w monitorowaniu leczenia, duże znaczenie mogą odegrać dobrej jakości zwalidowane kwestionariusze do samodzielnego wypełniania, które w razie trudności komunikacyjnych z pacjentem pozwolą z jednej strony zobiektywizować objawy, a z drugiej – przedstawić lekarzowi szczegóły konieczne do podjęcia decyzji terapeutycznej.

Wskaźnik przedwczesnego wytrysku

(IPE – Index of Premature Ejaculation) służy ocenie kontroli nad ejakulacją, satysfakcji seksualnej i poziomu stresu u mężczyzn z PE. Został zwalidowany na populacji mężczyzn w wieku ≥ 18 lat, u których IELT wynosił ≤ 2 min w 70-75% prób współżycia, oraz na pró-

bie populacyjnej skarżącej się na PE.¹⁷ Jest to krótki test, który można wypełnić w ciągu 2 min. Zawiera 10 pytań (tab. 2), na które udzielano się odpowiedzi w 5-punktowej skali Likerta (od 1 – nigdy lub bardzo niezadowolony – do 5 – prawie zawsze lub zawsze, lub bardzo zadowolony).¹⁸ Wynik może być liczony przez proste zsumowanie punktów¹⁸ lub według algorytmu zaproponowanego przez autorów pozwalającego ocenić z osobna każdą domenę, tj. kontrolę, satysfakcję i stres.¹⁷

Kwestionariusz oceny przedwczesnego wytrysku

(PED, PEDT – Premature Ejaculation Diagnostic Tool) jest krótkim testem (zawiera 5 pytań) stworzonym do badań przesiewowych mężczyzn z PE, opartym na definicji DSM-IV (tab. 3). Został zwalidowany na grupie dorosłych mężczyzn ze średnim IELT ≤ 2 min w 70% prób współżycia oraz na próbie populacyjnej zgłaszającej skargi na PE. Jego wypełnienie zajmuje około 2 min.^{20,21} Odpowiedzi są udzielane w 5-punktowej skali Likerta. Za punkt odcięcia przyjmuje się 8 punktów; wynik ≤ 8 oznacza brak PE, 9-10 punktów – PE prawdopodobne, ≥ 11 punktów – PE pewne.²⁰

Wskaźnik arabski przedwczesnego wytrysku

(AIPE – Arabic Index of Premature Ejaculation), opracowany i zwalidowany w 2005 r., to kwestionariusz do samodzielnego wypełnienia, składający się z 7 pytań (tab. 4). Odpowiedzi udzielano się, podobnie jak w wyżej wspomnianych, w 5-punktowej skali Likerta: 1 oznacza najmniejszą, a 5 – największą funkcjonalność. Punktacja AIPE mieści się zatem w przedziale 7-35 punktów. Punktem odcięcia jest suma 30 punktów – 30 i więcej pozwala rozpoznać PE. Przy tym punkcie odcięcia czułość AIPE oszacowano na 0,98, a swoistość na 0,88.²³

Tabela 4. Kwestionariusz Arabic Index of Premature Ejaculation (AIPE)²³

| Pytania | Odpowiedzi |
|---|--|
| 1. Jak ocenia Pan swoje pożądanie seksualne? | <ul style="list-style-type: none"> • Bardzo niskie • Niskie • Przeciętne • Wysokie • Bardzo wysokie |
| 2. Jak często występują u Pana twarde erekcje, które ze stymulacją seksualną są wystarczające do ukończenia stosunku płciowego? | <ul style="list-style-type: none"> • Prawie nigdy • Rzadko • Czasem • Często • Większość razy |
| 3. Ile czasu (mierzonego stoperem) upływa od penetracji do ejakulacji? | <ul style="list-style-type: none"> • <30 s • Około 1 min • 1-2 min • 2-3 min • >3 min |
| 4. Jak często trudno jest opóźnić Panu ejakulację? | <ul style="list-style-type: none"> • Większość razy • Często • Czasem • Rzadko • Prawie nigdy |
| 5. Jak często współzycie seksualne było dla Pana satysfakcjonujące? | <ul style="list-style-type: none"> • Prawie nigdy • Rzadko • Czasem • Często • Większość razy |
| 6. Jak często współzycie seksualne było satysfakcjonujące dla Pana partnerki? | <ul style="list-style-type: none"> • Prawie nigdy • Rzadko • Czasem • Często • Większość razy |
| 7. Jak często podczas współzycia seksualnego czuje Pan lęk, obniżenie nastroju albo stres? | <ul style="list-style-type: none"> • Większość razy • Często • Czasem • Rzadko • Prawie nigdy |

Leczenie

Wytyczne American Urological Association zalecają, aby przed podjęciem jakiegokolwiek interwencji, zarówno psychologiczno-behawioralnej, jak i farmakologicznej, przedyskutować z pacjentem spodziewane korzyści i ryzyko każdej z opcji terapeutycznych.¹⁶ Choć o zastosowaniu konkretnego leku decyduje lekarz, potrzeby pacjenta są najważniejszą przesłanką do wyboru odpowiedniej terapii. Pierwszym celem leczenia jest satysfakcja pacjenta i jego partnerki ze współzycia. Ponieważ PE nie stanowi zagrożenia zdrowia ani życia, bezpieczeństwo interwencji ma decydujące znaczenie i np. procedury chirurgiczne nie znajdują uzasadnienia, choć istnieją takie, które mogłyby być stosowane w PE. Lekami o potwierdzonej skuteczności w badaniach klinicznych, zalecanymi przez wytyczne AUA, są niektóre z grupy SSRI

w monoterapii lub w skojarzeniu ze wspomagającym lekiem znieczulającym miejscowo.¹⁶ Lekarze POZ po wdrożeniu leczenia powinni umawiać się z pacjentem na wizyty kontrolne, co może pomóc w dokładnym zaobserwowaniu wpływu PE na relacje z partnerką i pozwala monitorować odpowiedź na terapię; częstotść wizyt kontrolnych powinna być uzależniona od częstości współzycia seksualnego pacjenta. Pacjent powinien być przygotowany na to, że działania niepożądane SSRI pojawiają się zwykle przed terapeutycznym działaniem leku.¹

Terapie seksuologiczne i psychologiczno-behawioralne

W wielu związkach partnerzy adaptują się do PE, akceptują i znajdują mechanizmy zastępcze (np. kontynuacja zbliżenia po wytrysku w celu zadowolenia partnerki; łatwiejsza u młodych mężczyzn), któ-

Tabela 5. Leki doustne stosowane w PE^{16,24}

| Grupa leków | Nazwa farmakologiczna | Dawka leku w regularnym stosowaniu – codziennie | Dawka leku doraźna („na żądanie”) |
|----------------------------------|-----------------------|--|--|
| SSRI | Klomipramina | 10, 25, 50 mg/24h | 25 mg 4-24h przed współżyciem |
| | Fluoksetyna | 5-20 mg/24h Można zacząć od niewielkiej dawki i zwiększyć po tygodniu | |
| | Paroksetyna | 10, 20, 40 mg/24h | 20 mg 3-4 h przed współżyciem |
| | Sertralina | 25-200 mg/24h | 50 mg 4-8h przed współżyciem lub 20 mg 3-4h przed współżyciem |
| SSRI o krótkim czasie półtrwania | Dapoksetyna | | 30-60 mg 1-3h przed współżyciem |
| Słabe opioidy | Tramadol | | 50 mg 2h przed współżyciem |
| Inhibitory PDE-5* | Sildenafil | | 50-100 mg (u starszych pacjentów i przyjmujących niektóre leki 25 mg) 30-60 min przed aktywnością seksualną maksymalnie raz na 24h |
| | Tadalafil | | 10 mg (do 20 mg) 30 min przed aktywnością seksualną |
| | Wardenafil | | Zwykle 10 mg (5-20 mg) 25-60 min przed aktywnością seksualną |

* tylko u osób ze współistniejącym PE i zaburzeniem erekcji

re pozwalają na satysfakcjonujące współżycie. Często jednak PE powoduje problemy w związku, mężczyzna jest oskarżany o egoizm i do współżycia dochodzi coraz rzadziej, co znów znacznie pogarsza zaburzenie i do wytrysku dochodzi jeszcze szybciej.²⁴

Pierwszą techniką behawioralną w PE była wprowadzona przez Jamesa Semansa w 1956 r. metoda „stop-start”. Polega ona na przerywaniu stymulacji (najczęściej związanej z ruchami frykcyjnymi) tuż przed ejakulacją, co ma wydłużyć fazę plateau napięcia seksualnego i zwiększyć świadomość oraz kontrolę bodźców powodujących napięcie (rozdzielenie podniecenia od orgazmu). Po penetracji mężczyzna informuje partnerkę, kiedy zbliża się do orgazmu, i na chwilę oboje zaprzestają stymulacji („stop”), aż do informacji od mężczyzny, że znów odzyskał kontrolę („start”).^{1,24} Modyfikacją techniki Semansa opierającą się na podobnym założeniu i celach jest metoda uciskania Mastersa-Johnson. Polega na uciskaniu żołędzia przez partnerkę na 3-4 s (kciuk na wędzidełku), gdy mężczyzna informuje o zbliżającym się orgazmie.²⁵ Skuteczność obu metod jest niepewna i choć z początku bywa wysoka, po pewnym czasie zaburzenie nawraca.^{1,24} Techniki te nie nadają się dla osób z poważnymi zaburzeniami osobowości, które są przyczyną PE, ani dla pacjentów niebędących w stałym związku, a ich większą skuteczność zanotowano w stabilnych związkach, z chętną do współpracy partnerką, o krótkim stażu, u młodych oraz u wysoko zmotywowanych

pacjentów.^{1,5} Ich poważnym mankamentem, wynikającym z ingerencji zewnętrznej w akt seksualny, jest wprowadzenie pewnej sztuczności w dynamikę pożądania i samego współżycia, redukującej spontaniczność, a jak wskazują niektórzy autorzy, metody te nie rozwiązują problemów w relacji z partnerką.²⁶

Ostatnio seksuolodzy łączą psychoterapię emocjonalnych zaburzeń spowodowanych PE (lęk i zmiana w relacji z partnerką) z ćwiczeniami behawioralnymi, co zapewnia większą skuteczność. Ten rodzaj terapii ograniczają jednak koszty, niedobór kompetentnych terapeutów i brak wystarczającej determinacji pacjentów.¹

Leczenie farmakologiczne

Farmakologiczna modulacja ejakulacji jest nowatorską koncepcją, radykalnie wychodzącą poza psychoseksualny model etiopatogenezy PE. Wprowadzenie inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI – *selective serotonin reuptake inhibitors*) zrewolucjonizowało podejście do leczenia tego zaburzenia. Wiele badań dotyczących PE zaprojektowano błędnie lub popełniono błędy metodologiczne, przez co nie są one dość wiarygodne.²⁷ W metaanalizie badań dotyczących wszystkich leków stosowanych w PE stwierdzono, że tylko 14,4% miało wystarczające potwierdzenie skuteczności w wiarygodnych badaniach.²⁷

Niestety leczenie farmakologiczne ma również ograniczoną skuteczność: po jego zakończeniu zaburzenie często nawraca.⁵

Tabela 6. Leki użytku zewnętrznego w PE²⁶

| Nazwa farmakologiczna leku | Postać | Sposób dawkowania |
|----------------------------|---------|--|
| Lidokaina | Aerazol | 3-6 dawek aerozolu na żołądź prząca 5-15 min przed współżyciem |
| | Żel | Nałożyć cienką warstwę na skórę prząca i założyć prezerwatywę na 10-20 min, następnie zmyć |
| Lidokaina + prylokaina | Krem | Nałożyć cienką warstwę na skórę prząca i założyć prezerwatywę na 10-20 min, następnie zmyć |

Niektórzy autorzy uważają, że leki należy zażywać przez cały okres aktywności seksualnej.²⁴ Obecnie najlepsze efekty daje przyjmowanie leków przez ograniczony okres (60 dni) w połączeniu z terapią seksualną pary; mężczyzna zdobywa kontrolę nad wytryskiem i utwierdza się w tym, co pozwala przetrwać PE.⁵

SSRI stosowane stale

W leczeniu PE stosuje się trzy leki z grupy SSRI o podobnym mechanizmie działania: paroksetynę (20-40 mg), sertralinę (50-100 mg) i fluoksetynę (20-40 mg), a także klomipraminę (10-50 mg), która należy do grupy trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych i charakteryzuje się w niej najbardziej wybiórczym wpływem na hamowanie wychwytu zwrotnego serotoniny. W badaniach potwierdzono działanie tych leków opóźniające ejakulację.²⁴ Spośród nich paroksetyna wydaje się mieć najsilniejszy wpływ na IELT (czas średnio 8,8 razy dłuższy niż przed leczeniem), a zaraz po niej fluoksetyna i sertralina.^{1,24} Wiadomo, że fluoksamina i citalopram są nieskuteczne w leczeniu PE.¹⁶ Sposób dawkowania nie jest jeszcze w pełni wystandaryzowany, stosuje się więc taki, który okazał się skuteczny w badaniach klinicznych (tab. 5). Opóźnienie wytrysku następuje po 5-10 dniach stosowania lub wcześniej,²⁴ wkrótce jednak po zaprzestaniu leczenia zaburzenie może nawracać;¹ nie wiadomo więc, czy podejmować próby odstawienia leczenia (do czego skłania się obecnie większość autorów).¹⁶ Objawy niepożądane są zwykle łagodne, pojawiają się już w pierwszym tygodniu leczenia, ale zanikają stopniowo po 2-3 tygodniach. Są nimi, podobnie jak w leczeniu depresji za pomocą SSRI: zmęczenie, lekkie nudności, suchość ust, zawroty głowy, luźne stolce, pocenie się; rzadko obserwuje się zmniejszenie libido i zaburzenia erekcji.^{16,24} Dawki leków stosowane w PE są zwykle mniejsze w depresji, stąd mniejsze ryzyko działań niepożądanych, które wydaje się na akceptowalnym poziomie, biorąc pod uwagę korzyści. Leki te nie mogą być stosowane u pacjentów z chorobą dwubiegunową w wywiadzie i z istniejącymi zaburzeniami wzdowu, bo mogą je nasilać.^{5,24} Istnieje też ryzyko wystąpienia zespołu serotoninowego objawiającego się bólem głowy, nudnościami, poceniem się, zawrotami głowy, a w cięższych przypadkach hipertermią, skurczami mięśni, majaczeniem i śpiączką; zdarza się to przy jednoczesnym

stosowaniu SSRI i inhibitorów MAO, litu czy sumatryptanu, co jest przeciwwskazane. Ze względu na metabolizm SSRI przy udziale izoenzymów układu CYP wahania stężenia leków tej grupy we krwi mogą się zdarzać przy jednoczesnym stosowaniu leków przeciwpadaczkowych, benzodiazepin, cymetydyny, trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych, tolbutamidu, neuroleptyków i leków antyarytmicznych oraz warfaryny, szczególnie u starszych osób.¹⁶

SSRI stosowane doraźnie

SSRI przyjmowane 4-6 h przed współżyciem są skuteczne i dobrze tolerowane, ale wydłużenie IELT jest mniejsze niż przy stosowaniu codziennym. Jest to prawdopodobnie związane ze wzmocnieniem neuroprzebieżności serotoninowej, które przy codziennym stosowaniu stymuluje wiele procesów adaptacyjnych, m.in. zmniejszenie wrażliwości receptorów 5-HT_{1A} i 5-HT_{1B/1D}.^{1,24} Leczenie doraźne przed współżyciem można wprowadzić sekwencyjnie po leczeniu ciągłym, jako jego kontynuację.^{16,24} W przypadku klomipraminy użycie doraźne jest skuteczniejsze u mężczyzn z łagodną postacią PE.¹

Teoretycznie lek zażywany stale powinien wywoływać więcej działań niepożądanych niż przyjmowany doraźnie, trudno jednak ocenić działania niepożądane przy doraźnym zażywaniu, gdyż SSRI są oceniane w badaniach klinicznych jako leki do stałego stosowania. Stałe zażywanie może z drugiej strony zwiększać ryzyko niestosowania się pacjenta do zaleceń, podczas gdy doraźne ułatwia przestrzeganie reżimu ustalonego z lekarzem. Dlatego ostatecznie nie jest jasne, który rodzaj terapii jest lepszy w PE. Czasem o wyborze dawkowania przesądza intensywność współżycia seksualnego pacjenta.¹⁶ Dawkowanie przedstawiono w tabeli 5. Nie opracowano jeszcze optymalnego interwału między dwoma dawkami leku na żądanie.

Dapoksetyna

Dapoksetyna (obecnie jeszcze niezarejestrowana przez FDA ani w ramach procedury centralnej rejestracji przez EMEA, zarejestrowana na podstawie procedury zdecentralizowanej w niektórych krajach Europy, między innymi w Finlandii i Szwecji w lutym 2010 r. pod nazwą Priligy) reprezentuje nową katego-

rię wśród SSRI. Jest to lek o krótkim okresie półtrwania eliminacji, pierwszy opracowany specjalnie do leczenia przedwczesnego wytrysku. Kolejne SSRI o krótkim okresie półtrwania eliminacji są w trakcie badań klinicznych. Badania z użyciem radioligandu wykazały, że *in vivo* dapoksetyna łączy się z transporterami zwrotnego wychwytu serotoniny (5-HT), noradrenaliny (NE) i dopaminy (DA), ale hamuje wychwyty tylko serotoniny. W badaniu metodą pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) zaobserwowano wyraźne gromadzenie się znakowanej radioskaźnikiem dapoksetyny w korze mózgowej i podkorowej istocie szarej.²⁴ Dapoksetyna szybko wchłania się z przewodu pokarmowego i jest stosunkowo szybko eliminowana (czas eliminacji wynosi 14-17 h), a jej farmakokinetyka jest zależna od dawki i nie zmienia się przy wielokrotnym podaniu. Czas półtrwania po jednej dawce wynosi 0,5-0,8 h. Stężenie terapeutyczne leku osiąga po godzinie. Na farmakokinetykę nie wpływają pokarm ani alkohol.^{24,29}

Wykazano skuteczność dapoksetyny w badaniach klinicznych z randomizacją i podwójnie ślepią próbą;¹ lek przeszedł też badania III fazy, w których podawano go w dawce 30 i 60 mg 1-3 h przed stosunkiem. IELT wzrósł z początkowej średniej 1,1 min do 2,4, 3,9 i 4,2 min odpowiednio w grupach: placebo, dapoksetyny w dawce 30 mg i dapoksetyny w dawce 60 mg, znacząco też poprawiły się wyniki kwestionariuszy (PEP, CGI). Wśród działań niepożądanych zanotowano nudności i wymioty, zawroty i bóle głowy, senność, zapalenie błony śluzowej nosa i gardła; skłoniły one do zaprzestania leczenia odpowiednio 0,3%, 1,7% oraz 5,1% pacjentów.²⁸ Po zakończeniu leczenia dapoksetyną (w badaniach klinicznych była testowana przez blisko 3 miesiące) u niektórych pacjentów doszło do nawrotu objawów PE.³⁰

Tramadol

Tramadol od kilku lat wzbudza zainteresowanie jako lek w terapii PE. W badaniu o wysokiej wiarygodności tramadol w dawce 50 mg na żądanie 2h przed współżyciem wydłużał IELT 12,7-krotnie w porównaniu z wartością wyjściową.³¹ W opublikowanym w 2010 r. badaniu porównującym tramadol i paroksetynę po 6 tygodniach obserwowano dużą skuteczność obydwu leków (wzrost IELT odpowiednio 6- i 11-krotnie), ale po 12 tygodniach obserwacji mierzona czasem IELT skuteczność tramadolu zaczęła się zmniejszać, a paroksetyny zwiększać.³² Mechanizm, w którym tramadol prowadzi do opóźnienia wytrysku, jest niejasny, prawdopodobnie lek wiąże się z receptorami opioidowymi i bezpośrednio hamuje wychwyty zwrotne noradrenaliny i serotoniny, a dodatkowo pośrednio nasila hamowanie wychwytu monoamin przez aktywację układu opioidowego.²⁴

Leki znieczulające miejscowo

Leki znieczulające miejscowo w postaci kremu, żelu lub sprayu i miejscowo znieczulające produkty ziołowe zmniejszają wrażliwość prącia na bodźce dotykowe i w związku z tym opóźniają ejakulację,²⁶ a także przez działanie przezpochwowe osłabiają doznania u partnerki, tym samym zmniejszając przez nią stymulację

mężczyzny.²⁶ Ich skuteczność jest umiarkowana. Przykładowo mieszanka prylokainy i lidokainy w badaniu wydłużała IELT 2,4-krotnie w porównaniu z wartością wyjściową, zwiększała też kontrolę nad wytryskiem i podnosiła jakość życia seksualnego.³³ Działania niepożądane tej mieszanki obejmują niedoczulicę prącia, zaburzenia wzroku, utratę przyjemnych doznań seksualnych; u kobiety w wyniku możliwej przezpochwowej absorpcji mogą spowodować anorgazmie.^{24,26}

Leki znieczulające miejscowo należy zaaplikować 20-30 min przed stosunkiem płciowym (nakładane wcześniej, 30-45 min przed współżyciem, powodowały zaburzenia wzroku). Następnie można nałożyć prezerwatywę (co zapewnia lepsze działanie leku). Tuż przed współżyciem prezerwatywę można zdjąć i zmyć resztki żelu (maści), co zminimalizuje oddziaływanie leku na partnerkę. Przeciwwskazaniem są reakcje alergiczne obojga partnerów na któryś ze składników preparatu.¹⁶ Leki znieczulające miejscowo dostępne w Polsce i ich zalecane dawkowanie przedstawiono w tabeli 6.

Inhibitory fosfodiesterazy typu 5

Inhibitory izoenzymu fosfodiesterazy typu 5 (PDE-5), tj. syldegrafil, tadalafil i wardenafil, są sprawdzonymi lekami w zaburzeniach erekcji. Niektórzy autorzy donoszą o ich skuteczności także w PE.^{24,34} Potencjalna rola inhibitorów PDE-5 obejmuje efekt ośrodkowy związany ze wzrostem stężenia NO i redukcją napięcia współczulnego, rozluźnienie mięśni gładkich tętnicy nasieniowodu i pęcherzyków nasiennych (co teoretycznie obniża pobudzenie i opóźnia ejakulację) oraz redukcję lęku. Ekspresję PDE-5 odnotowano w nasieniowodzie. Zastosowanie inhibitorów PDE-5 może obniżyć lęk przed niepowodzeniem seksualnym i zmniejszyć okres refrakcji, umożliwiając odbyte kolejnego stosunku seksualnego przy mniejszej presji.⁵ Dotychczas nie udowodniono jednak skuteczności inhibitorów PDE-5 w leczeniu PE w wiarygodnych badaniach klinicznych, a w przeglądzie systematycznym po włączeniu 14 badań i odrzuceniu badań niewiarygodnych tylko jedno ostatecznie spełniło kryteria włączenia i wskazywało na brak wpływu syldegrafilu na IELT.³⁵ Niemniej są to skuteczne leki u mężczyzn, którzy skarżą się na współwystępujące PE i zaburzenia erekcji (30% pacjentów z PE). U tychże skuteczne są połączenia SSRI i inhibitorów PDE-5, np. syldegrafilu i paroksetyny, choć częściej w ich przypadku występują działania niepożądane (ból głowy u 11,7%, uczucie niedrożności nosa u 8,3%).^{6,16} Inną opcją terapeutyczną dla mężczyzn z PE i zaburzeniami erekcji jest podawanie leków w iniekcjach do ciał jamistych.⁵ Dapoksetyna nie wpływa na farmakokinetykę inhibitorów PDE-5, a takie połączenia są dobrze tolerowane.⁵

Podsumowanie

Przedwczesny wytrysk jest częstą dysfunkcją seksualną, a jego leczenie jest możliwe (przynajmniej częściowo) nawet w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Wydaje się, że w Polsce główną barierą do podjęcia leczenia jest niedostatecznie spopularyzowana wiedza na

ten temat wśród lekarzy, czasem również niepodejmowanie tematu współżycia seksualnego w wywiadzie lekarskim. Prosty schemat wywiadu i gotowe kwestionariusze pomagają w opisanu problemu, a kilka dostępnych opcji terapeutycznych pozwala na wzbudzenie w pacjencie poczucia kontroli nad wytryskiem. Dalsze postępowanie

nie psychoterapeutyczne może być potrzebne, aby zmniejszyć dawkę leku i zapewnić długotrwałą skuteczność leczenia.

Adres do korespondencji: NZOZ Poradnia Lekarza Rodzinnego, ul. Torfowa 5, 30-383 Kraków

© 2010 Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

Piśmiennictwo:

- Payne RE, Sadovsky R. Identifying and treating premature ejaculation: Importance of the sexual history. *Cleveland J of Med* 2007;74(3):S47-S53.
- Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B, et al. Proposal for a definition of lifelong premature ejaculation based on epidemiological stopwatch data. *J Sex Med* 2005;2:498-507.
- Symonds T, Perelman MA, Althof S, et al. Development and Validation of a Premature Ejaculation Diagnostic Tool. *Eur Urol* 2007;52:565-73.
- Waldinger MD, Zwinderman AH, Schweitzer DH, et al. Relevance of methodological design for the interpretation of efficacy of drug treatment of premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. *Int J Imp Res* 2004;1:1-13.
- Jannini EA, Carosa E, Pele M, et al. Update on pathophysiology of premature ejaculation: The bases for new pharmacological treatments. *EAU-EBU Update Series* 2006;4:141-147.
- Gurkan L, Oommen M, Hellstrom WJG. Premature ejaculation: current and future treatments. *Asian J Androl* 2008;10:102-9.
- Brock GB, B#enard F, Casey R, et al. Canadian male sexual health council survey to assess prevalence and treatment of premature ejaculation in Canada. *J Sex Med* 2009;6(8):2115-23. Epub 2009 Jun 30.
- Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research* 2005;17:39-57. doi:10.1038/sj.ijir.3901250
- Serefoglu EC, Cimen HI, Atmaca AF, et al. The Distribution of Patients Who Seek Treatment for the Complaint of Ejaculating Prematurely According to the Four Premature Ejaculation Syndromes. *J Sex Med.* 2009;13.[Abstract]
- Benson A, Ost LB, Noble MJ, et al. Premature ejaculation eMedicine May 5, 2009, <http://emedicine.medscape.com/article/435884-overview>
- Revicki D, Howard K, Hanlon J. Characterizing the burden of premature ejaculation from a patient and partner perspective: a multi-country qualitative analysis. *Health and Quality of Life Outcomes* 2008;6:33 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2390524/?tool=pubmed>
- Lipshultz LI, McConnell J, Benson GS. Current concepts of the mechanisms of ejaculation. Normal and abnormal states. *J Reprod Med* 1981;26:499-507.
- Olivier B, van Oorschot R, Waldinger MD. Serotonin, serotonergic receptors, selective serotonin reuptake inhibitors and sexual behaviour. *Int Clin Psychopharmacol* 1998;13:S9-14.
- Nikoobakht M, Aloosh M, Hasani M. Seminal plasma magnesium and premature ejaculation: a case-control study. *Urol J* 2005;2(2):102-5.
- Schapiro B. Premature ejaculation, a review of 1130 cases. *J Urol* 1943;50:374-9.
- Guideline on the Pharmacological Management of Premature Ejaculation. American Urological Association. 2004 http://www.auanet.org/content/guidelines-and-quality-care/clinical-guidelines/main-reports/pme/pme_2004.pdf
- Althof S, Rosen R, Symonds T, et al. Development and validation of a new questionnaire to assess sexual satisfaction, control, and distress associated with premature ejaculation. *J Sex Med* 2006;3(3):465-475.
- Akgül T, Karakan T, Ayıldız A, et al. Comparison of Sertraline and Citalopram for Treatment of Premature Ejaculation. *Urol J* 2008;5:41-5. <http://www.urologyjournal.org/index.php/uj/article/view/71/69>
- Descriptions of the Male Sexual Dysfunction Questionnaires. <http://www.prolutssh.com/edescrip.html>, wg: Althof S, Rosen R, Symonds T, Mundayat R, May K, Abraham L. Development and validation of a new questionnaire to assess sexual satisfaction, control, and distress associated with premature ejaculation. *J Sex Med* 2006;3(3):465-475.
- Symonds T, Perelman MA, Althof S, et al. Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. *Eur Urol* 2007;52(2):565-573.
- Symonds T, Perelman M, Althof S, et al. Further evidence of the reliability and validity of the premature ejaculation diagnostic tool. *Int J Impot Res.* 2007;19(5):521-525.
- Descriptions of the Male Sexual Dysfunction Questionnaires. <http://www.prolutssh.com/edescrip.html>, wedlug: Symonds T, Perelman MA, Althof S, Giuliano F, Martin M, May K, et al. Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. *Eur Urol* 2007;52(2):565-573.
- Arafa M, Shamloul R. Development and evaluation of the Arabic Index of Premature Ejaculation (AIPE). *J Sex Med* 2007;4:1750-1756
- McMahon CG. Premature ejaculation. *Indian J Urol* 2007;23:97-108 <http://www.indianjurol.com/article.asp?issn=0970-1591;year=2007;volume=23;issue=2;page=97;epage=108;aulast=McMahon#ref29>
- Masters WH, Johnson VE. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown, 1970.
- Palmer NR and Stuckey BGA. Premature ejaculation: a clinical update. *MJA* 2008;188(11):662-666; http://www.mja.com.au/public/issues/188_11_020608/pal11233_fm.html
- Waldinger MD. Towards evidenced based drug treatment research on premature ejaculation: A critical evaluation of methodology. *J Impotence Res* 2003;15:309-13.
- McMahon C, Kim SW, Park NC, et al. Treatment of premature ejaculation in the Asia-Pacific region: results from a phase III double-blind, parallel-group study of dapoxetine. *J Sex Med* 2010;7(1 Pt 1):256-68. Epub 2009 Oct 29. [Abstract]
- Thyssen A, Sharma O, Tianmei S, et al. Pharmacokinetics of Dapoxetine Hydrochloride in Healthy Chinese, Japanese, and Caucasian Men. *J Clin Pharmacol* 2010 Jan 23.
- Sharlip I. Rational use of dapoxetine for the treatment of premature ejaculation. *Neuropsychopharmacology.* 2008;33(11):2785; author reply 2786-8.
- Safarinejad MR, Hosseini SY. Safety and efficacy of tramadol in the treatment of premature ejaculation: A double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomized study. *J Clin Psychopharmacol* 2006;26:27-31.
- Alghobary M, El-Bayoumy Y, Mostafa Y, et al. Evaluation of Tramadol on Demand Vs. Daily Paroxetine as a Long-Term Treatment of Lifelong Premature Ejaculation. *J Sex Med.* 2010;30 [Abstract]
- Dinsmore WW, Hackett G, Goldmeier D, et al. Topical eutectic mixture for premature ejaculation (TEMPE): A novel aerosol-delivery form of lidocaine-prilocaine for treating premature ejaculation. *BJU Int* 2007;99:369-75.
- Wang WF, Wang Y, Minhas Sm, et al. Can sildenafil treat primary premature ejaculation? A prospective clinical study. *Int J Urol* 2007;14(4):331-5.
- McMahon CG, McMahon CN, Leow LJ, et al. Efficacy of type-5 phosphodiesterase inhibitors in the drug treatment of premature ejaculation: a systematic review. *BJU Int.* 2006;98(2):259-72. [Abstract]



Komentarz:

prof. dr hab. med. Zbigniew Lew-Starowicz
Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

Przedstawiona praca to jeden z najlepszych artykułów na temat przedwczesnego wytrysku (PE – *premature ejaculation*) w polskim piśmiennictwie. Przedwczesny wytrysk jest najczęściej rozpoznawanym zaburzeniem u mężczyzn. Jak wynika z Raportu Seksualności Polaków 2002 i 2005,^{1,2} w Polsce zgłasza go 37% mężczyzn. Z doświadczeń terapeutycznych wynika, że wielu nie zdaje sobie sprawy z tego, że wytrysk jest przedwczesny, uświadamiają im to dopiero partnerki. Pacjenci często usiłują rozwiązać problem, pijąc alkohol przed kontaktem seksualnym. W wielu przypadkach może to pomóc do różnie, ale takiego rozwiązania na stałe nie akceptują partnerki. Alkohol może ponadto wywoływać zaburzenia erekcji. Mężczyźni szukają porad w Internecie, kupują różne preparaty w sklepach z artykułami erotycznymi. Niektórzy wierzą w opóźniając-

ce wytrysk działania marihuany (wynika ono z osłabienia czucia związanego z paleniem „trawki”). Okazuje się jednak, że po pewnym czasie pojawiają się zaburzenia erekcji i osłabienie libido. Młodzi mężczyźni stosują również metodę wielokrotnych stosunków, masturbowania się przed kontaktem seksualnym. Inni w celu wydłużenia czasu trwania stosunku unikają pieszczot wstępnych i szybko zaczynają penetrację pochwy. Każde z tych rozwiązań nie sprzyja dobrym relacjom w związku i jakości sztuki miłosnej.

Sugestia, że leczeniem przedwczesnego wytrysku mogą zajmować się lekarze POZ, może być słuszna, biorąc pod uwagę zbyt małą kadrę seksuologów. Ma jednak poważne ograniczenie – brak czasu, na co najczęściej skarżą się lekarze zachęceni do podjęcia leczenia PE w warunkach POZ przez seksuologów w trakcie różnych konferencji i szkoleń. U większości pacjentów przedwczesny wytrysk ma nieskomplikowaną etiologię i skuteczna jest u nich farmakoterapia. Można im zatem pomóc, konieczna jest jednak inicjatywa lekarza w zadawaniu pytań na ten temat.

W artykule słusznie zwrócono uwagę na częste współistnienie PE z zaburzeniami erekcji. Warto jednak dodać, że często w takich przypadkach dochodzi również do innego zaburzenia u mężczyzny i jego partnerki – zaniku zainteresowania aktywnością seksualną oraz potrzeb seksualnych, a także świadomego unikania współżycia z powodu kolejnych rozczarowań.

Autorka bardzo dobrze przedstawiła etiologię PE, opierając się na analizie najnowszego piśmiennictwa. Z praktyki terapeutycznej wynika, że u wielu mężczyzn przyczyną PE są, poza wymienionymi w artykule, również: uwarunkowania masturbacyjne (pośpiech w wywoływaniu wytrysku, zakodowanie na bodźce czuciowe w ręcznej stymulacji), reakcja na ujawnianie przez partnerkę wymagań i oczekiwań, postrzeganie partnerki jako bardzo atrakcyjnej w porównaniu z poprzednimi.

Zaletą artykułu są przedstawione kwestionariusze diagnostyczne, metody powszechnie stosowane w leczeniu zaburzeń seksualnych, szczególnie erekcji. Nie były dotąd rozpowszechniane kwestionariusze w diagnostyce PE, mam więc nadzieję,

że artykuł zachęci wielu lekarzy do ich stosowania. Zajmują niewiele czasu, a dostarczają cennych danych i umożliwiają ocenę nasilenia zaburzenia.

Na podstawie własnych doświadczeń terapeutycznych dodam kilka uwag dotyczących leczenia. Wielu pacjentów po uzyskaniu poprawy nie zgłasza się na wizyty kontrolne, uznając problem za rozwiązany. Metody behawioralne, choć bywają bardzo skuteczne, często budzą opory i niechęć u partnerek. Leki znieczulające miejscowo okazują się skuteczne u pacjentów z łagodną postacią PE i mających nieregularne kontakty seksualne. W klinice zaburzeń seksualnych lekami pierwszego rzutu w leczeniu przedwczesnego wytrysku są obecnie leki przeciwdepresyjne – SSRI. Z moich doświadczeń wynika, że u większości pacjentów skutecznie działa fluoksetyna, a jeśli nie następuje poprawa lub jest ona niedostateczna, pomaga paroksetyna. Tylko u niewielu konieczne staje się stosowanie leków z innych grup. W przypadku stosowania leków przeciwdepresyjnych warto poinformować pacjenta, że ich działanie może być ograniczone w czasie i dlatego potrzebne będzie przyjmowanie leku aż do uzyskania trwalszego efektu. U części mężczyzn terapia lekami przeciwdepresyjnymi prowadzi do zaburzeń erekcji i dlatego w przypadku osób ze skłonnością do tego zaburzenia warto zastosować od początku terapii leki z grupy inhibitorów PDE-5

Mimo że u wielu pacjentów skuteczne są leki przyjmowane przed kontaktem seksualnym (dapoksetyna, tramadol), u części z nich zaburzenia nawracają po ich odstawieniu, a inni odczuwają niechęć do tego typu leków, postrzeganych jako działające tylko doraźnie.

Przedwczesny wytrysk jest często spotykanym zaburzeniem, ale jego leczenie jest bardzo skuteczne. Należy pamiętać, że ma duży wpływ na relacje partnerskie i samoocenę w roli męskiej.

Piśmiennictwo:

1. Lew-Starowicz Z. Raport Seksualności Polaków 2002, SMG/KRC, Warszawa 2002.
2. Lew-Starowicz Z. Raport Seksualności o Polaków 2005, SMG/KRC, Warszawa 2005.