



Κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΑΥ για την ανδρική σεξουαλική δυσλειτουργία

(Ενημέρωση κειμένου Μάρτιος 2015)

Στυτική δυσλειτουργία και πρόωρη εκσπερμάτιση

Επιμέλεια μετάφρασης: ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΖΑΧΑΡΙΟΥ

K. HATZIMOURATIDIS (Chair), F. GIULIANO, I. MONCADA, A. MUNEER,
A. SALONIA (Vice-chair), P. VERSE

Eur Urol 2006 Μάϊος;49(5):806-15

Eur Urol 2010 Μάϊος;57(5):804-14

Eur Urol 2012 Σεπτ;62(3):543-52

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Διαγνωστική προσέγγιση

2

3

ΠΡΟΩΡΗ ΕΚΣΠΕΡΜΑΤΙΣΗ (ΠΕ)

Διαγνωστική αξιολόγηση

Διαχείριση της ασθένειας

7

7

7

Στυτική Δυσλειτουργία

Ως στυτική δυσλειτουργία (ΣΔ) ορίζεται η μόνιμη αδυναμία του άνδρα να πετύχει και να διατηρήσει μια στύση επαρκή για να πραγματοποιήσει ικανοποιητική σεξουαλική επαφή. Η στυτική δυσλειτουργία μπορεί να έχει επίπτωση στη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία και να επηρεάσει την ποιότητα ζωής τόσο των ασθενών όσο και των συντρόφων τους. Πλήθος ερευνών δείχνουν ότι η ΣΔ αποτελεί ένα πρώιμο σύμπτωμα στεφανιαίας νόσου και περιφερικής αγγειοπάθειας, ως εκ τούτου η ΣΔ δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο ως πρόβλημα της ποιότητας ζωής των ασθενών αλλά και ως παράγοντας κινδύνου εκδήλωσης καρδιαγγειακών ασθενειών (ΚΑΑ).

Πίνακας 1. Παθοφυσιολογία της ΣΔ

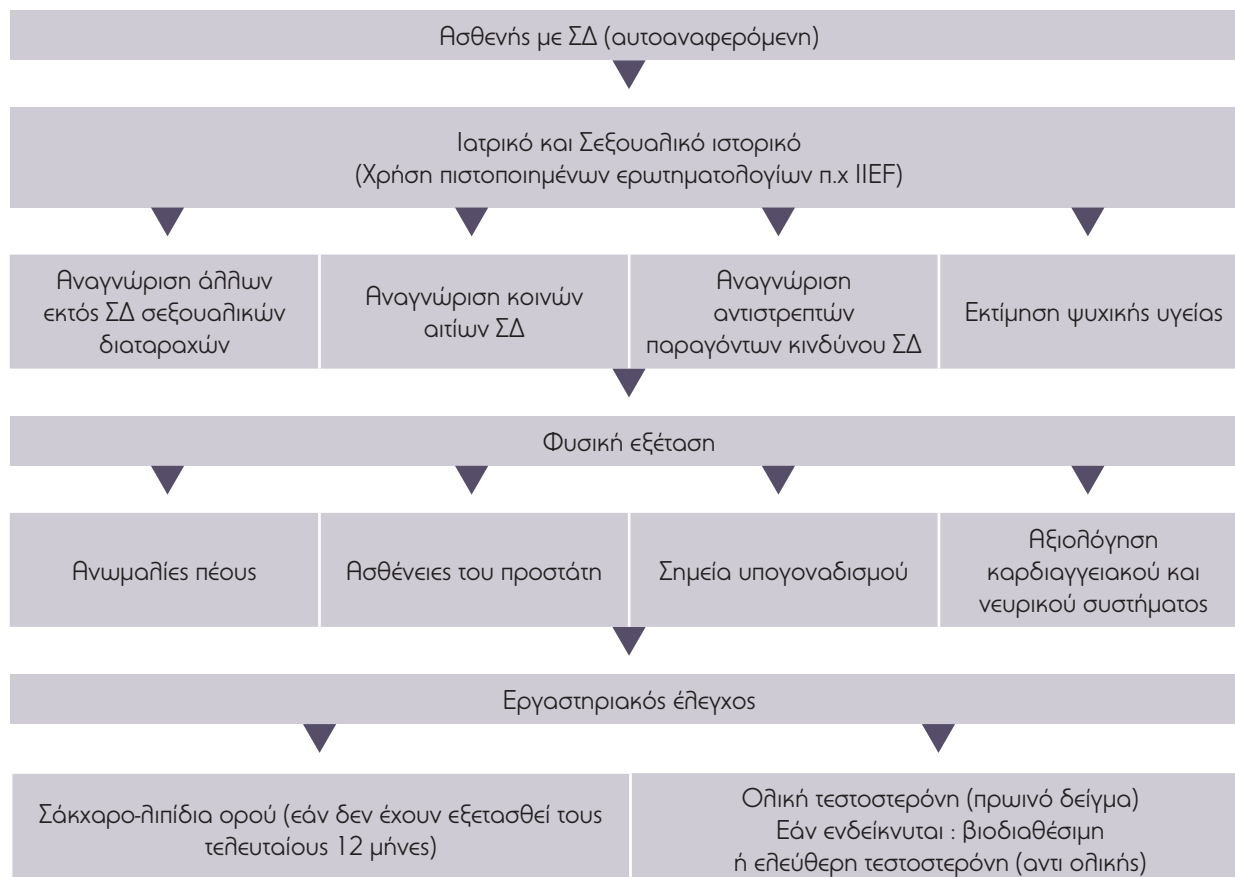
Αγγειακά αίτια
• Καρδιαγγειακές νόσοι (υπέρταση, στεφανιαία νόσος, περιφερική αγγειοπάθεια κτλ)
• Σακχαρώδης Διαβήτης
• Υπερλιπιδαιμία
• Κάπνισμα
• Μείζονες επεμβάσεις πυέλου (ριζική προστατεκτομή) ή ακτινοθεραπεία (πυέλου ή οπισθοπεριτοναίου)
Νευρογενή αίτια
<i>Κεντρικό Νευρικό Σύστημα</i>
• Εκφυλιστικές διαταραχές (Πολλυαπλή Σκλήρυνση, νόσος Parkinson, πολλαπλή ατροφία, κτλ)
• Κάκωση ή ασθένειες νωτιαίου μυελού
• Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
• Όγκοι του κεντρικού νευρικού συστήματος
<i>Περιφερικό Νευρικό Σύστημα</i>
• Σακχαρώδης διαβήτης τύπου I, II
• Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
• Πολυνευροπάθεια
• Χειρουργική επέμβαση (μείζον χειρουργείο πυέλου, οπισθοπεριτοναίου, ριζική προστατεκτομή, επέμβαση παχέος εντέρου, κτλ)
• Χειρουργική επέμβαση ουρήθρας (ουρηθροπλαστική σε στένωμα ουρήθρας κτλ)
Ανατομικά αίτια
• Υποσπαδίας, Επισπαδίας
• Μικροπενία
• Νόσος του Peyronie
Ορμονικά αίτια
• Υπογοναδισμός
• Υπερπρολακτιναιμία
• Υπερ και υποθυρεοειδισμός
• Υπερ και υποκορτιζολαιμία (Νόσος του Cushing, κτλ)
• Πολλαπλή ανεπάρκεια υπόφυσης και πολλαπλές ενδοκρινικές διαταραχές



Φαρμακευτικά αίτια
• Αντιυπερτασικά (θειαζιδικά διουρητικά, κτλ)
• Αντικαταθλιπτικά (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, τρικυκλικά)
• Αντιψυχωτικά (νευροληπτικά, κτλ)
• Αντι-ανδρογόνα (GnRH αγωνιστές και ανταγωνιστές)
• Ψυχαγωγικά ναρκωτικά (αλκοόλ, ηρωίνη, κοκαΐνη, μαριχουάνα, μεθαδόνη, συνθετικά ναρκωτικά, αναβολικά στεροειδή κτλ)
Ψυχογενή αίτια
• Γενικευμένες διαταραχές (πχ έλλειψη σεξουαλικής διέγερσης και διαταραχές στη σεξουαλική/ συναισθηματική εγγύτητα)
• Περιστασιακές διαταραχές (πχ σχετικές με τη σύντροφο, την επίδοση ή κατάθλιψη)
Τραυματικής αιτιολογίας
• Κάταγμα πέους
• Κατάγματα πυέλου

Διαγνωστική προσέγγιση

Εικόνα 1. Ελάχιστη διαγνωστική εκτίμηση (βασικός εργαστηριακός έλεγχος) ασθενών με στυτική δυσλειτουργία (ΣΔ)



ΣΔ = Στυτική δυσλειτουργία; IIEF = International Index of Erectile Function (Διεθνής Δείκτης Στυτικής Λειτουργίας)

Πίνακας 2. Κατηγοριοποίηση καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου (σύμφωνα με 2η Princeton Consensus)

Κατηγορία χαμηλού κινδύνου	Κατηγορία ενδιάμεσου κινδύνου	Κατηγορία υψηλού κινδύνου
Ασυμπτωματικοί, < 3 παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο (εκτός της σεξουαλικής επαφής)	≥ 3 παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο (εκτός της σεξουαλικής επαφής)	Αρρυθμίες υψηλού κινδύνου
Ήπια, σταθερή στηθάγχη (ασθενείς που αξιολογήθηκαν και/ή υποβάλλονται σε θεραπεία)	Μέτρια, σταθερή στηθάγχη	Ασταθής ή ανθεκτική στηθάγχη
Παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς επιπλοκές	Πρόσφατο έμφραγμα μυοκαρδίου (> 2, < 6 εβδομάδες)	Πρόσφατο έμφραγμα μυοκαρδίου (> 2 εβδομάδες)
Δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας/συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (NYHA κατηγορία I)	Δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας/συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (NYHA κατηγορία II)	Δυσλειτουργία αριστερής κοιλίας/συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (NYHA κατηγορία III/IV)
Επιτυχής επαναγγείωση στεφανιαίων	Μη καρδιακά συμβάματα αρτηριοσκληρωτικής νόσου (π.χ. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσος περιφερικών αγγείων)	Υπερτροφική αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια και άλλες μυοκαρδιοπάθειες
Ελεγχόμενη υπέρταση		Μη ελεγχόμενη υπέρταση
Ήπια βαλβιδική διαταραχή		Μέτρια έως σοβαρή βαλβιδική διαταραχή

NYHA = Καρδιολογική Εταιρεία Νέας Υόρκης.

Πίνακας 3. Ενδείξεις για ειδικές διαγνωστικές δοκιμασίες

Ασθενείς με πρωτοπαθή ΣΔ (δεν οφείλεται σε οργανική νόσο ή ψυχιατρική διαταραχή).
Νεαροί ασθενείς με ιστορικό πυελικού ή περινεϊκού τραύματος, που ενδεχομένως μια αγγειοχειρουργική επέμβαση να οδηγήσει σε θεραπεία
Ασθενείς με δυσμορφία πέους (νόσος του Peyronie, συγγενής κάμψη), όπου πιθανόν απαιτείται χειρουργική διόρθωση.
Ασθενείς με σύνθετες ψυχιατρικές ή ψυχοσεξουαλικές διαταραχές.
Ασθενείς με σύνθετες ενδοκρινολογικές διαταραχές.
Ειδικές εξετάσεις μπορεί να χρειασθούν μετά από παράκληση του ασθενούς ή της συντρόφου του.
Ιατρικοί-νομικοί λόγοι (π.χ. εμφύτευση πείκης πρόθεσης, περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης).

Πίνακας 4: Ειδικές διαγνωστικές δοκιμασίες

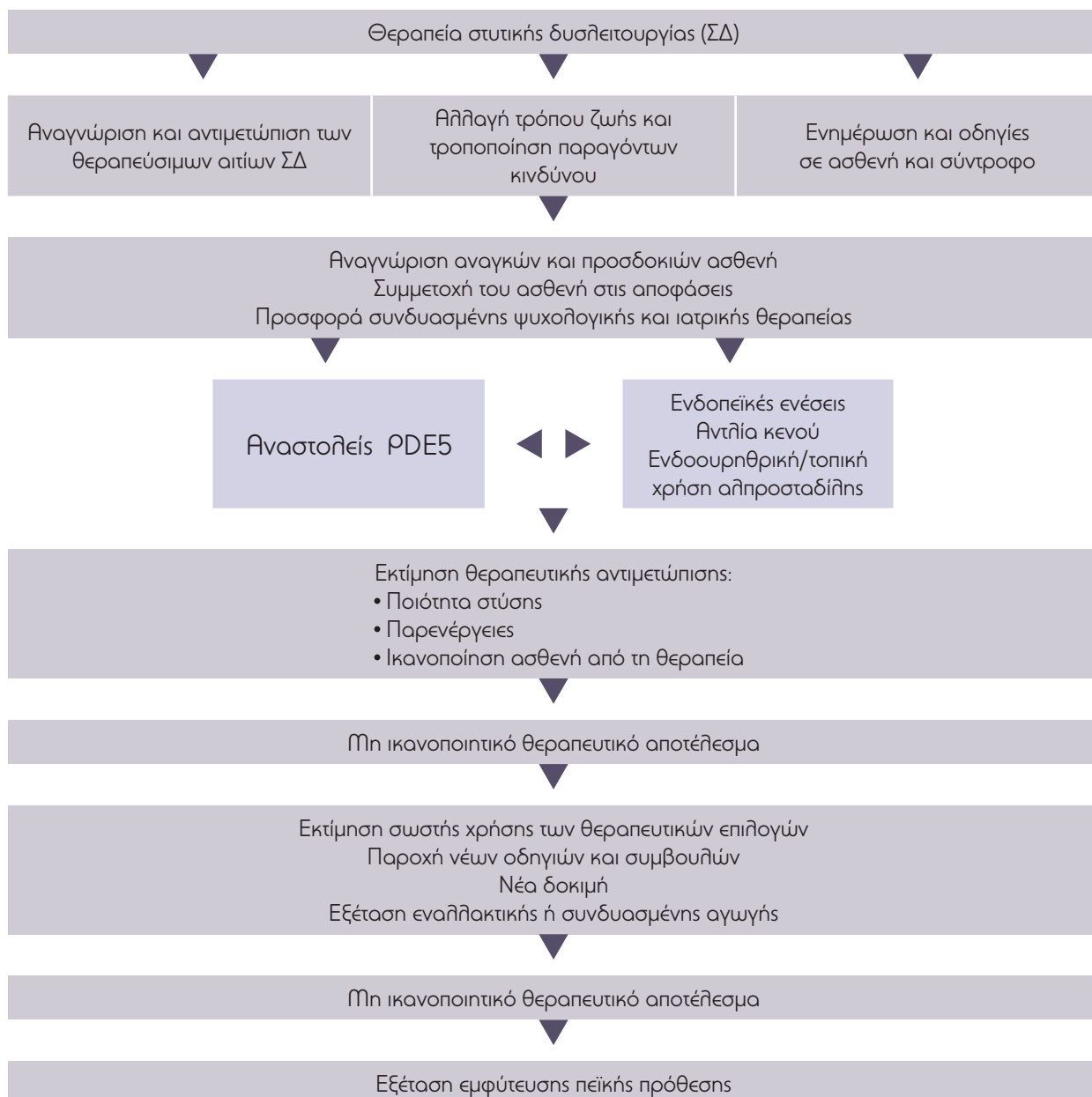
Καταγραφή νυκτερινής στυτικής δραστηριότητας με τη χρήση Rigiscan
Αγγειακές μελέτες
- Ενδοσπραγγώδης έγχυση αγγειοδραστικών ουσιών
- Δυναμικό υπερηχοτομογράφημα Doppler σπραγγωδίων σωμάτων
- Δυναμική σπραγγομετρία και σπραγγογραφία πέους μετά ενδοσπραγγώδη έγχυση
- Αρτηριογραφία έσω αιδοϊκής αρτηρίας
Νευρολογικές μελέτες (π.χ. μέτρηση του χρόνου έκπλησης του βολβοσπραγγώδους αντανακλαστικού, μελέτες νευρικής αγωγιμότητας)
Ενδοκρινολογικές δοκιμασίες
Εξειδικευμένη ψυχιατρική εκτίμηση



Συστάσεις για τη διαγνωστική αξιολόγηση της ΣΔ	LE	GR
Συνιστάται η λήψη πλήρους ιατρικού και σεξουαλικού ιστορικού από κάθε ασθενή.	3	B
Η χρήση ενός πιστοποιημένου ερωτηματολογίου για τη ΣΔ μπορεί να βοηθήσει στην αξιολόγηση των αιτιών της σεξουαλικής δυσλειτουργίας και του αποτελέσματος της χρησιμοποιούμενης μορφής θεραπείας.	3	B
Η φυσική εξέταση είναι απαραίτητη στην αρχική εκτίμηση ανδρών με ΣΔ για τον εντοπισμό υποκείμενων παθήσεων που συνδέονται με τη ΣΔ	4	B
Οι εργαστηριακές εξετάσεις ρουτίνας, συμπεριλαμβανομένων του σακχάρου, των λιπιδίων και της ολικής τεστοστερόνης, απαιτούνται για τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση αναστρέψιμων παραγόντων κινδύνου καθώς και για την αλλαγή του τρόπου ζωής.	4	B
Οι ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις κατά την αρχική αξιολόγηση συνιστώνται στις περιπτώσεις ασθενών που παρουσιάζονται στον πίνακα 3.	4	B

ΣΔ= Στυτική Δυσλειτουργία

Εικόνα 3. Θεραπευτικός αλγόριθμος για τη ΣΔ



PDE5 inhibitor = αναστολέας φωσφοδιεστεράσης τύπου 5.

Πίνακας 5: Σύνοψη των σημαντικών φαρμακοκινητικών δεδομένων για τους τέσσερις PDE5 αναστολείς που είναι εγκεκριμένοι από την EMA για τη θεραπεία της ΣΔ*

Παράμετρος	Σιλденаφίλη, 100mg	Ταδαλαφίλη, 20mg	Βαρδεναφίλη, 20mg	Αβαναφίλη, 200mg
C _{max}	560 μg/L	378 μg/L	18.7 μg/L	5.2 μg/L
T _{max} (διάμεσος)	0.8-1 h	2 h	0.9 h	0.5-0.75 h
T _{1/2}	2.6-3.7 h	17.5 h	3.9 h	6 – 17 h
AUC	1685 μg.h/L	8066 μg.h/L	56.8 μg.h/L	11.6 μg.h/L
Σύνδεση πρωτεΐνης	96%	94%	94%	99%
Βιοδιαθεσιμότητα	41%	NA	15%	8-10%

*σε κατάσταση νηστείας, η υψηλότερη συνιστώμενη δόση. Στοιχεία από τα δεδομένα EMA για τα χαρακτηριστικά των προϊόντων.

C_{max}: maximal concentration, T_{max}: time-to-maximum plasma concentration; T_{1/2}: plasma elimination half-time;

AUC: area under curve or serum concentration time curve

Πίνακας 6: Συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες των τεσσάρων PDE5 αναστολέων, εγκεκριμένων από την EMA για τη θεραπεία της ΣΔ*

Ανεπιθύμητες ενέργειες	Σιλденаφίλη	Ταδαλαφίλη	Βαρδεναφίλη	Αβαναφίλη, 200mg
Κεφαλαλγία	12.8%	14.5%	16%	9.3%
Έξαψη	10.4%	4.1%	12%	3.7%
Δυσπεψία	4.6%	12.3%	4%	ασυνήθης
Ρινική συμφόρηση	1.1%	4.3%	10%	1.9%
Ίλιγγος	1.2%	2.3%	2%	0.6%
Διαταραχή όρασης	1.9%		<2%	Καθόλου
Άλγος στη ράχη		6.5%		<2%
Μυαλγία		5.7%		<2%

* στοιχεία από τα δεδομένα της EMA για τα χαρακτηριστικά των προϊόντων.

Συστάσεις για την αντιμετώπιση της ΣΔ	LE	GR
Αλληλλαγές στον τρόπο ζωής και τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου πρέπει να προηγούνται ή να συνοδεύουν τη θεραπεία της ΣΔ.	1a	A
Έναρξη θεραπείας για τη στύση το συντομότερο δυνατό μετά τη ριζική προστατεκτομή.	1b	A
Όταν ανευρίσκεται θεραπεύσιμη αιτία της ΣΔ, άμεση αντιμετώπιση.	1b	B
Χορήγηση PDE5 αναστολέων ως θεραπεία «πρώτης γραμμής».	1b	A
Αξιολόγηση των ασθενών τόσο για ανεπαρκή ή λανθασμένη εκτέλεση της συνταγογράφησης όσο και για κακή εκπαίδευση, αφού τα παραπάνω αποτελούν τις συνήθεις αιτίες για την έλλειψη ανταπόκρισης στη θεραπεία με PDE5Is	3	B
Η χρήση αντλίας κενού ως θεραπεία «πρώτης γραμμής» ενδείκνυται σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας που δεν έχουν συχνές επαφές ή έχουν συνυπάρχουσες νόσους που απαιτούν μια πιο συντηρητική και μη φαρμακευτική παρέμβαση	4	C
Χρήση ενδοπεπικών ενέσεων ως θεραπεία «δεύτερης γραμμής»	1b	B
Η χρήση των προθέσεων πέους είναι θεραπεία «τρίτης γραμμής»	4	C

PDE5I = αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης 5.



Πρόωρη Εκσπερμάτιση (ΠΕ)

Παρόλο που η ΠΕ είναι μια συνηθισμένη σεξουαλική δυσλειτουργία των ανδρών, δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητή. Οι ασθενείς συνήθως είναι απρόθυμοι να συζητήσουν τα συμπτώματά τους και αρκετοί γιατροί δε γνωρίζουν τις αποτελεσματικές θεραπείες. Σαν αποτέλεσμα οι ασθενείς είτε δε διαγιγνώσκονται σωστά είτε λαμβάνουν εσφαλμένη θεραπεία.

Η ΠΕ (χρόνια και επίκτητη) είναι μια ανδρική σεξουαλική δυσλειτουργία που χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω:

1. Εκσπερμάτιση που συμβαίνει πάντα ή σχεδόν πάντα, πριν ή περίπου εντός ενός λεπτού μετά την κοιλιακή διείσδυση (χρόνια ΠΕ) ή κλινικά σημαντική και ενοχλητική ελάττωση της περιόδου μετά την κοιλιακή διείσδυση έως την εκσπερμάτιση, συνήθως 3 λεπτά ή λιγότερο (επίκτητη ΠΕ).
2. Αδυναμία καθυστέρησης της εκσπερμάτισης σε όλες ή σχεδόν όλες τις κοιλιακές διεισδύσεις.
3. Αρνητικές προσωπικές επιπτώσεις, όπως αγωνία, ενόχληση, απογοήτευση και/ή αποφυγή της σεξουαλικής και συναισθηματικής εγγύτητας.

Διαγνωστική αξιολόγηση

Συστάσεις για τη διάγνωση της ΠΕ	LE	GR
Η διάγνωση και η ταξινόμηση της ΠΕ βασίζεται στο ιατρικό και σεξουαλικό ιστορικό, το οποίο πρέπει να αξιολογεί τον λανθάνοντα χρόνο ενδοκοιλιακής εκσπερμάτισης (IELT) (αυτό-αξιολόγηση), την αντίληψη του ελέγχου, την αγωνία και τις διαπροσωπικές δυσκολίες λόγω της δυσλειτουργίας στην εκσπερμάτιση.	1a	A
Δεν συνιστάται η χρήση χρονομέτρου για την εκτίμηση του IELT στην κλινική πράξη.	2a	B
Δεν συνιστάται η χρήση αποτελεσμάτων που αναφέρονται από ασθενείς στην κλινική πράξη.	3	C
Η φυσική εξέταση είναι αναγκαία κατά την αρχική εκτίμησή της ΠΕ για τον εντοπισμό ανατομικών ανωμαλιών που μπορεί να συνδέονται με την ΠΕ ή με άλλες σεξουαλικές δυσλειτουργίες, κυρίως ΣΔ	3	C
Συνήθεις εργαστηριακές ή νευροφυσιολογικές εξετάσεις δε συνιστώνται. Πρόσθετες εξετάσεις θα πρέπει να γίνονται μόνο μετά από συγκεκριμένα ευρήματα στο ιστορικό ή στη φυσική εξέταση.	3	C

ΠΕ=πρόωρη εκσπερμάτιση, ΣΔ=στυτική δυσλειτουργία, IELT = λανθάνων χρόνος ενδοκοιλιακής εκσπερμάτισης.

Διαχείριση της ασθένειας

Συστάσεις για τη θεραπεία ΠΕ	LE	GR
Θα πρέπει να αντιμετωπίζονται πρώτα η στυτική δυσλειτουργία, άλλες σεξουαλικές δυσλειτουργίες ή οι λοιμώξεις του ουροποιητικού (π.χ. προστατίτιδα)	2a	B
Η φαρμακοθεραπεία είναι θεραπεία πρώτης γραμμής στη χρόνια ΠΕ	1a	A
Συνιστάται η off-label χρήση τοπικών αναισθητικών ως καλή εναλλακτική λύση στην από του στόματος θεραπεία με SSRIS.	1b	A
Η κατ' επίκληση χρήση της τραμαδόλης είναι πτωχή εναλλακτική λύση σε σχέση με τους SSRIS.	2a	B
Δεν συνιστάται η χρήση PDE5Is σε ασθενείς με ΠΕ χωρίς ΣΔ	3	C
Συνδυασμός ψυχολογικών/συμπεριφορικών θεραπειών με φαρμακολογικές θεραπείες για τη διαχείριση της επίκτητης ΠΕ.	3	C

ΠΕ=πρόωρη εκσπερμάτιση, ΣΔ=στυτική δυσλειτουργία, PDE5I = αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης 5, SSRIS = εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης.

Εικόνα 4. Θεραπεία ΠΕ***Κλινική διάγνωση της ΠΕ βασισμένη στο ιστορικό ασθενούς +/- συντρόφου**

- Χρόνος έως την εκσπερμάτιση (IELT)
- Βαθμός αντίληψης του ελέγχου εκσπερμάτισης
- Βαθμός ενόχλησης/δυσφορίας
- Έναρξη και διάρκεια ΠΕ
- Προβλήματα ψυχοκοινωνικά/διαπροσωπικών σχέσεων
- Ιατρικό ιστορικό
- Φυσική εξέταση

Θεραπεία της πρόωρης εκσπερμάτισης

Παροχή συμβουλών/εκπαίδευση ασθενή

Συζήτηση των θεραπευτικών επιλογών

Εάν η ΠΕ είναι δευτεροπαθής λόγω ΣΔ, θεραπεία ΣΔ πρώτα ή ταυτόχρονα

- Φαρμακευτική αγωγή (συνιστάται σαν πρώτη γραμμή θεραπεία στη χρόνια ΠΕ)
 - Χρήση νταποξετίνης κατ' επίκληση (το μόνο εγκεκριμένο φάρμακο για ΠΕ)
 - Off-label αντιμετώπιση με μακροχρόνια καθημερινή χορήγηση αντικαταθλιπτικών (SSRI ή κλομιπραμίνη) και τοπικών αναισθητικών ή από του στόματος χορήγηση τραμαδόλης κατ' επίκληση
- Θεραπεία συμπεριφοράς, περιλαμβάνει την τεχνική «διακοπής-έναρξης», τεχνική «πίεσης» της βαλάνου και εστιασμένος ερεθισμός του πέους
- Συνδυαστική θεραπεία

* Τροποποιημένο από τους Lue και συν. 2004.

ΠΕ=πρόωρη εκσπερμάτιση, ΣΔ=στυτική δυσλειτουργία, SSRI = εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης, IELT = λανθάνων χρόνος ενδοκολπικής εκσπερμάτισης.

Αυτό το σύντομο κείμενο βασίζεται στις πιο λεπτομερείς κατευθυντήριες οδηγίες της EAU (ISBN 978-90-79754-98-4), στη διάθεση όλων των μελών της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας στον ιστοχώρο- <http://www.uroweb.org>.

