

Diagnostyka różnicowa zaburzeń erekcji

Erectile dysfunction — differential diagnosis

Zbigniew Lew-Starowicz

Zakład Psychoterapii i Rehabilitacji Seksualnej
Wydział Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie

Streszczenie

W diagnostyce różnicowej zaburzeń erekcji stosuje się różne kryteria: czas trwania zaburzenia, jego przebieg i przyczyny. Ze stosowanych metod diagnostycznych najbardziej trafne okazują się: wywiad, kwestionariusz do oceny życia seksualnego mężczyzny (IIEF) (w przypadku zaburzeń erekcji na tle neurogennym i żylnym), iniekcje w ciała jamiste członka (w przypadku głębokich zaburzeń krążenia), ocena nocnych erekcji członka (NPT). Poza różnicowaniem zaburzeń erekcji na tle organicznym i psychogennym ważne jest uwzględnianie: przyczyn typów zaburzeń erekcji, złożonych zaburzeń seksualnych, pozornych zaburzeń erekcji.

Słowa kluczowe: zaburzenia erekcji, diagnoza zaburzeń erekcji, różnicowanie zaburzeń erekcji, pozorne zaburzenia erekcji, złożone zaburzenia seksualne

Abstract

In the differential diagnosis of erectile dysfunction (ED) are used different criteria: disorder duration, course of the disorder and its causes. Among applied diagnostical methods as the most accurate are proved: anamnesis, IIEF (in case of neurogenic and venous ED), nocturnal penis tumescence (NPT) evaluation. Besides differentiation of organic and psychogenic ED, it is important to consider: causes of ED types, complex sexual disorders, apparent ED.

Key words: erectile dysfunction (ED), ED diagnosis, ED differentiation, apparent ED, complex sexual disorders

Zaburzenia erekcji należą do najczęstszych zaburzeń seksualnych u mężczyzn. Piśmiennictwo dotyczące zaburzeń erekcji jest bardzo bogate, a od czasu pojawienia się skutecznych metod ich leczenia (iniekcji w ciała jamiste członka z prostaglandyny, inhibitorów 5-fosfodiesterazy, metod operacyjnych) opublikowano kilka tysięcy prac na ten temat. Zainteresowanie zaburzeniami erekcji przyczyniło się do poszerzenia metod diagnostycznych: standaryzowane wywiady, skale, kwestionariusze, badania laboratoryjne, aparatura pomiarowa, na przykład

RigiScan, Doplerosonografia, kawernosonografia. Dzięki nowym metodom diagnostycznym poznano zakres i przyczyny zaburzeń erekcji, a także opracowano klasyfikacje zaburzeń erekcji. W piśmiennictwie do lat 80. XX wieku dominował pogląd, że większość przypadków zaburzeń erekcji ma tło psychogenne [1]. W najnowszym piśmiennictwie dominuje pogląd, że najczęstsze przyczyny zaburzeń erekcji mają charakter organiczny (głównie czynniki krążeniowe, neurogenne i hormonalne) [2]. W terapii zaburzeń erekcji zalecane są dwa standardy: leczenie przyczynowe oraz objawowe [3]. W leczeniu przyczynowym zaburzeń erekcji decydujące znaczenie ma diagnostyka różnicowa. Dostępność różnych metod diagnostycznych w specjalistycznych klinikach seksuologicznych umożliwia poznanie przyczyn zaburzeń erekcji i wybór skutecznych metod leczenia. Większość lekarzy zajmujących się leczeniem zaburzeń

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. med. Zbigniew Lew-Starowicz
Zakład Psychoterapii i Rehabilitacji Seksualnej
Wydział Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie
ul. Marymoncka 34, 01-813 Warszawa
tel./faks: (022) 834 06 36
e-mail: wr@awf.edu.pl
Nadesłano: 13.04.2005

Przyjęto do druku: 18.07.2005

erekcji nie dysponuje jednak tego typu metodami diagnostycznymi i ogranicza się do niezbędnego minimum tak zwanego wywiadu, podstawowych badań laboratoryjnych, konsultacji. Poznanie zasad diagnostyki różnicowej zaburzeń erekcji ma zatem podstawowe znaczenie w codziennej pracy specjalistów.

Podstawy diagnostyki różnicowej w zaburzeniach erekcji

W klasyfikacji DSM-IV-TR stosuje się trzy kryteria diagnostyczne zaburzeń seksualnych: czasowe — pierwotne i wtórne, dynamika zaburzenia — sytuacyjna i uogólniona, przyczyna — organiczna, psychogenna, mieszana i nieznaną [4]. W diagnostyce różnicowej zaleca się uwzględnianie wszystkich spośród wyżej wymienionych kryteriów. Weeks i Gambescia [5] uważają, że utrudnieniem w diagnostyce zaburzeń erekcji są powszechnie spotykane błędne poglądy na temat erekcji, takie jak:

- erekcja członka jest czułym wskaźnikiem pożądania i podniecenia mężczyzny,
- erekcja członka musi być pełna przez cały czas trwania stosunku,
- erekcja członka jest związana z wytryskiem nasienia,
- mężczyzna powinien mieć erekcję członka „na zawołanie”,
- zaburzenia erekcji mogą mieć podłoże psychogenne lub organiczne.

Autorzy stwierdzają, że powyższe poglądy są sprzeczne z wynikami badań w zakresie fizjologii erekcji i są źródłem nierealistycznych oczekiwań wobec partnerów, a także utrudniają diagnozowanie i leczenie zaburzeń erekcji, ponieważ nawet wielu terapeutów ma tego typu poglądy. W przypadku mężczyzn stosowanie ostrej granicy między organicznymi a psychogennymi zaburzeniami erekcji z natury jest błędne, ponieważ zawsze współistnieje czynnik psychogeny, niezależnie od przyczyny.

Różnicowanie przyczyn zaburzeń erekcji

Różnicowanie przyczyn zaburzeń erekcji jest najczęściej spotykanym wariantem ich diagnostyki różnicowej. Polega na poszukiwaniu cech charakterystycznych dla zaburzeń erekcji na tle organicznym i psychogennym. W piśmiennictwie spotyka się różne kryteria różnicowania przyczyn zaburzeń erekcji. Seagraves [6] opiera się na danych z wywiadu i przedstawia diagnostykę różnicową następująco:

- 1) czynniki sugerujące możliwość etiologii psychogennej: erekcja podczas pieszczot wstępnych, stresy psychoseksualne;
- 2) czynniki sugerujące możliwość etiologii organicznej: opóźnienie wytrysku, obniżenie libido, erekcja w przypadku bierności mężczyzny, a aktywności ze strony partnerki;
- 3) czynniki wysoko sugerujące tło psychogenne: pełne erekcje podczas pieszczot, masturbacji, erekcje spontaniczne;
- 4) czynniki wysoko sugerujące tło organiczne: niepełna erekcja w czasie stosunku, zaburzenie rannych erekcji, w masturbacji, brak pełnych erekcji bez względu na sytuację.

Rosen i wsp. [7] różnicują przyczyny zaburzeń erekcji na podstawie danych z wywiadu. Za tłem psychogennym mają przemawiać następujące cechy: młody wiek, nagły początek zaburzenia, przebieg sytuacyjny, prawidłowe libido, występujące ranne erekcje, lęk typu pierwotnego. Za tłem organicznym mają przemawiać następujące cechy: starszy wiek, stopniowy przebieg zaburzenia, typ uogólniony, wtórny, zaburzone ranne erekcje, obniżone libido, lęk typu wtórnego.

Porst [8] opiera się na różnicowaniu przyczyn zaburzeń erekcji na podstawie danych z kwestionariusza do oceny życia seksualnego mężczyzn (IIEF, *international index of erectile function*). Z sumy punktów uzyskanych z odpowiedzi na pytania 1–5 + 15 wynika, że pacjenci uzyskali następujące sumy punktów w zależności od przyczyny zaburzeń erekcji:

- 1) tło neurogenne: 1–6 punktów 83% badanych, 13–18 punktów 17% badanych,
- 2) tło psychogenne: 1–6 punktów 29% badanych, 13–24 punktów 50% badanych,
- 3) tło żyłne: 1–6 punktów 69% badanych, 7–12 punktów 31% badanych,
- 4) tło tętnicze: 1–12 punktów 50% badanych, 13–18 punktów 39% badanych.

Z przedstawionej analizy wyników badań wynika, że trafność diagnostyczna IIEF jest wysoka w przypadku zaburzeń erekcji pochodzenia neurogennego i żylnego. Pacjenci z zaburzeniami erekcji na tle psychogennym znajdowali się we wszystkich grupach.

Wyniki badań poświęconych trafności diagnostycznej badania nocnych erekcji członka ujawniły, że jest to wartościowa metoda: jeżeli maksymalny przyrost obwodu członka zwiększa się o 11,5 mm i ma to miejsce kilkakrotnie w ciągu nocy, jest dowodem zaburzeń erekcji na tle psychogennym, a przyrost obwodu poniżej tej granicy rzadko dowodzi tła organicznego [9].

Proces diagnostyczny w zaburzeniach erekcji jest łatwiejszy w przypadku, kiedy są one objawem chorób, na przykład: cukrzycy, choroby niedokrwiennej

serca, nadciśnienia tętniczego, depresji, stwardnienia rozsianego, lub następstwem przyjmowanych leków, na przykład psychotropowych, przeciwnadciśnieniowych. I tak na przykład w przypadku zaburzeń erekcji naczyniopochodnych rozwój zaburzenia jest najczęściej stopniowy, erekcja początkowa niepełna, a w późniejszym okresie zanika, sprowokowana przez aktywność partnerki zanika w trakcie trwania stosunku, w niektórych pozycjach (np. stojących). O głębokich zaburzeniach krążenia jako przyczynie zaburzeń erekcji może również świadczyć brak erekcji po iniekcji w ciała jamiste z papaweryny lub prostaglandyny [10].

W przypadku zaburzeń erekcji na tle psychogenym poza typowymi przyczynami (lęki, fobie, czynniki sytuacyjne, zaburzone relacje partnerskie itp.) należy brać pod uwagę również inne możliwe czynniki, rzadziej omawiane w piśmiennictwie: brak poczucia własnej wartości, znużenie i rutyna w wieloletnich związkach [10], stresy życiowe, stresy związane z chorobą partnera, brak pracy [4]. Leiblum i Rosen [11] stwierdzają, że takie czynniki w związkach, jak: status i dominacja, intymność i praca, atrakcyjność partnerki, mają istotny wpływ na „chemię seksualną”, co wywołuje specyficzne zaburzenia erekcji.

Diagnostyka różnicowa typów zaburzeń erekcji

First i Tasman [12] stwierdzają, że poszczególne typy zaburzeń erekcji wiążą się ze specyficznymi cechami. W ostatnich latach obserwuje się znaczący wzrost rozpowszechnienia zaburzeń erekcji wywołanych lekami, przewlekłymi chorobami, otyłością, paleniem tytoniu. W przypadku zaburzeń erekcji typu pierwotnego należy brać pod uwagę następujące czynniki: uwarunkowania masturbacyjne, na przykład na bodźce seksualne z mediów, co ma wpływ na późniejszą aktywność seksualną w związkach. Uogólnione zaburzenia erekcji najczęściej mają tło psychogenne wiążące się z zaburzeniami identyfikacji z płcią, orientacją homoerotyczną, zaburzeniami preferencji seksualnych, obsesyjno-kompulsyjnymi. Zaburzenia typu uogólnionego i pierwotnego wymagają znajomości psychiatrii lub psychologii klinicznej, rzadko są rozpoznawane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Złożone zaburzenia seksualne

U niektórych mężczyzn stwierdza się złożone zaburzenia seksualne, w których poza zaburzeniami erekcji występują również na przykład przedwcze-

sne wytryski, brak wytrysku, zanik potrzeb seksualnych. Mogą mieć one tło organiczne, na przykład obniżenie stężenia testosteronu. W takim przypadku poza zaburzeniami erekcji i zmniejszeniem lub zanikiem potrzeby seksualnej spotyka się: zanik erekcji rannych, dziennych, męczliwość, otyłość, depresję [13]. Przyczyną złożonych zaburzeń seksualnych mogą być przewlekłe choroby, przyjmowane leki (np. leki psychotropowe mogą wywoływać opóźnione wytryski, brak wytrysku, zanik potrzeb seksualnych). Często spotykaną przyczyną są zaburzenia seksualne partnerki, na przykład pochwica, dyspareunia [11].

Mniej znaną przyczyną złożonych zaburzeń seksualnych są zaburzenia preferencji seksualnych, które wiążą się z uwarunkowaniem na specyficzne fantazje, bodźce seksualne i doświadczenia dewiacyjne i w przypadku podejmowania standardowych kontaktów seksualnych z partnerkami mogą uniemożliwić powstanie erekcji [14]. Podobny mechanizm obserwuje się w przypadkach uzależnienia od seksu, w nietypowych zachowaniach masturbacyjnych (pobudzanie się prądem, podwieszanie się). Są również mężczyźni z zaburzeniami preferencji seksualnych, u których bodźcem wywołującym erekcję członka są agresja, lęk, gniew [10]. W kontaktach seksualnych o typowym przebiegu nie są oni w stanie osiągnąć erekcji.

Pozorne zaburzenia erekcji

U niektórych mężczyzn występują pozorne zaburzenia erekcji. Zaburzenie jest rozpoznawane na podstawie wywiadu od pacjenta i jego partnerki, a także standardowych poglądów na temat fizjologii erekcji. Pogłębiona diagnoza ujawnia prawdziwe przyczyny trudności w życiu seksualnym tych mężczyzn, na przykład:

- 1) Zaburzenia preferencji seksualnych (omówione wcześniej).
- 2) Seksualność starszych mężczyzn. Leiblum i Rosen [11] stwierdzają, że podstawą rozpoznawania zaburzeń erekcji u tych osób jest nieznanostwo faktu, że czas trwania erekcji zmniejsza się w miarę upływu wieku i nie można traktować jako punktu odniesienia czasu trwania erekcji w młodszym wieku. Starsi mężczyźni potrzebują stymulacji oralnej lub ręcznej dla osiągnięcia erekcji, mogą mieć natomiast trudności z erekcją spontaniczną. Ważny u nich jest również taki czynnik, jak atrakcyjność partnerki, obecne w terapii są trudności w modyfikacji skryptów seksualnych.

- 3) Cykliczne zaburzenia erekcji, na przykład wynikające ze zmiany rytmu częstości kontaktów seksualnych w przypadku podjęcia aktywności seksualnej w celu zajścia w ciążę partnerki.
- 4) Zaburzenia erekcji wiążące się ze zmianą stereotypu aktywności seksualnej, na przykład uwarunkowania się na aktywność partnerki w poprzednim związku i biernością aktualnej partnerki.
- 5) Zaburzenia erekcji wynikające ze zmiany spontanicznej aktywności seksualnej w związku na aktywność zadaniową, na przykład typu „starajmy się o dziecko”.
- 6) Zaburzenia erekcji wiążące się z uwarunkowaniami na zachowania seksualne w agencjach towarzyskich, a w konsekwencji trudnościami w zmianie stylu aktywności seksualnej w związku uczuciowym.

Pozorne zaburzenia erekcji bardzo często mogą prowadzić do powstania prawdziwych zaburzeń erekcji typu wtórnego na tle psychogennym według następującego schematu patogenetycznego [12]:

Czynnik prowokujący (np. uwarunkowania, błędne poglądy, nastawienia) → epizod zaburzenia erekcji → pojawienie się lęku → kolejne epizody zaburzeń

erekcji → zmniejszenie częstości aktywności seksualnej → zmiany stylu zachowań seksualnych → przyjęcie roli „impotentą” w związku.

Piśmiennictwo

1. Lew-Starowicz Z. Leczenie czynnościowych zaburzeń seksualnych. PZWL, Warszawa 1985.
2. Seftel A. Male and Female Sexual Dysfunction. Mosby, Edinburgh 2004.
3. Eardley I., Sethia K. Erectile dysfunction. Current Investigation and Management. Mosby, Edinburgh 2003.
4. Plaut M., Graziottin A., Heaton J. Sexual Dysfunction. Health Press, Abingdon 2004.
5. Weeks G., Gambescia N. Erectile Dysfunction. W.W. Norton, New York 2000.
6. Segraves R. Diagnosis and treatment of erectile disturbances: a guide for clinicians. Plenum Med. Book Co. New York and London 1985.
7. Rosen R., Hatzichristou D., Broderick G. Clinical Evaluation and Symptom Scales: Sexual Dysfunction Assessment in Men. W: Lue T. i wsp. Sexual Medicine. Health Publications, Paris 2004.
8. Porst H. Manual der Impotenz. UNI-MED Verlag AG. Bremen 2000.
9. Lew-Starowicz Z. Leczenie nerwic seksualnych. PZWL, Warszawa 1991.
10. Gregoire A., Pryor J. Impotencja. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1994.
11. Leiblum S., Rosen R. Principles and practice of sex therapy. The Guilford Press, New York and London 2000.
12. First M., Tasman A. DSM-IV-TR Mental Disorders. Wiley, Chichester 2004.
13. Lue T. Atlas of Male Sexual Dysfunction. *Current Med.* Philadelphia 2004.
14. Corretti G. When an Erectile Dysfunction hides a Paraphilia. *Int. J. Imp. Res.* 2002; 14: 47.