

Hypogonadismus

U pacientů s diabetem 1. typu a s dlouhodobě vysokým glykovaným hemoglobinem již v raném věku se může objevit tzv. hypogonadismus, který je spojen se sníženou produkcí pohlavních hormonů, které jsou nezbytné ke správnému vývoji jedince. Tento jev můžeme také pozorovat u postižení a lézí hypofýzy (20).

Sedavý způsob života a nadměrná výživa jsou hlavními příčinami obezity a diabetu 2. typu, stejné příčiny jsou také hlavními spouštěči hypogonadismu. Mnoho pacientů s diabetem 2. typu vykazuje nízké hladiny testosteronu, zatímco hypogonadální muži jsou ve vyšším riziku rozvoje diabetu (21, 22).

Pacient s jasně prokázaným hypogonadismem sledovaný endokrinologem je dále léčen pomocí hormonální terapie. K léčbě je využíván testosteron u hypogonadismu asociovaného s diabetem, který je podáván v různých formách od tablet po injekční aplikaci. Dále je k dispozici papaverin – nespecifický iPDE či blokátor alfa adrenoreceptoru fentolamin.

Přestože je terapie testosteronem často spojena s vedlejšími účinky, jako je hypertrofie prostaty, vznik nádorového onemocnění, kardiovaskulární rizika v důsledku zvýšení počtu červených krvinek a neplodnost, několik studií ukázalo, že tato terapie je účinná a zlepšuje metabolické funkce, jako je glykovaný hemoglobin, glykemie, lipidogram a viscerální tuk (22).

Snížené libido

U mužů se může také vyskytnout snížená touha (libido) po styku, stejně jako u žen. Změna touhy mužů vzniká často na podkladě stejných vlivů jako výše zmíněné komplikace. K hlavním můžeme řadit hypogonadismus spojený se snížením hladin testosteronu, užívání léčiv, operace malé pánve či hypertrofie prostaty, psychická zátěž a také kouření (5, 23, 24). Studie Shigehara také popisuje spojitost mezi frekvencí nočního močení a zvýšením rizika výskytu sníženého libida u mužů. K terapii této komplikace je nutné hledat příčinu snížené touhy a poté je možné aplikovat inhibitor 5-alfa reduktázy (23). Tento enzym je nezbytný k přeměně testosteronu na aktivní formu dihydrotestosteron. Snížení až chybění libida má za následek narušení partnerského soužití, jeho terapie je tedy klíčem ke zlepšení sexuálního života.

Sexuální dysfunkce u žen

Sexuální obtíže žen (FSD) jsou ve srovnání s muži méně známé, a jsou proto mnohdy zlehčovány. Jejich podhodnocení však může ovlivnit psychiku, sexuální život a narušit partnerské vztahy. Dle National Health and Social Life Survey se FSD vyskytují u žen s diabetem zejména po přechodu až ve 40–60 % a mají dokonce vyšší incidenci než u mužů (31 %) (1, 25).

U žen s diabetem jsou FSD popisovány až u 18–71 % a také se objevují dříve než u zdravých žen, a to bez ohledu na typ diabetu (2). Může docházet ke snížení touhy, lubrikace (přirozeného zvlhčování pohlavních cest), která může způsobit bolestivý pohlavní styk, a v neposlední řadě poruchy orgasmu (26). Potíže může přinést i vyšší výskyt zánětů močových cest a pohlavních orgánů. V oblasti pohlavních orgánů dochází

k úbytku svaloviny a sliznice. Tyto změny jsou podníceny změnou hladiny hormonů, prokrvení a poškozením nervů a jejich důsledek je snížení prožitku z pohlavního styku. Ženy s dlouhodobě vysokým glykovaným hemoglobinem popisují mnohdy pohlavní styk bez vyvrcholení (orgasmu), který může chybět z důvodů poruchy prokrvení a citlivosti genitálu. U žen léčených s diabetem 1. typu jsou také pozorovány poruchy menstruačního cyklu a syndrom polycystických ovarií (1). Je důležité tyto obtíže neopomíjet a vyhledat pomoc diabetologa, endokrinologa a gynekologa.

Maiorino ve své studii popisuje vyšší výskyt FSD u diabetiček 1. typu léčených inzulinovými pery v porovnání s ženami s diabetem, které využívaly inzulinové pumpy a vykazovaly stejné výsledky výskytu FSD jako zdravé ženy (27).

Příčiny sexuálních dysfunkcí u žen

Základní příčiny FSD jsou stejné jako u mužů, tedy vaskulární a neuropatické v důsledku dlouhodobě vysokých glykemií. Dalším významným faktorem jsou změny hladin pohlavních hormonů. U žen je také pozorován vyšší vliv psychologické složky, a proto jsou FSD popisovány více u žen trpících stresem a vyšší psychickou zátěží či depresemi (1). Dalšími negativními faktory ovlivňujícími sexuální funkce žen jsou obezita, nedostatek pohybu, konzumace alkoholu či kouření (2, 28). Neméně důležitými faktory jsou také vztahy s partnerem a délka vztahu, vzdělání partnera, partnerská každodenní náklonnost, intimní komunikace či frekvence pohlavního styku a masturbace. Dále pak na ženskou sexualitu má vliv subjektivní vnímání těla, sexuální výchova, náboženské vyznání, rasa, menopauza, urogenitální obtíže či potraty a sexuální zneužívání v minulosti (28).

U žen s diabetem je pozorováno ztenčování vaginální sliznice dříve než u žen bez diabetu, což vede k dalším komplikacím, poševní stěna je tenčí, sušší a méně elastická, což přispívá k bolestem při pohlavním styku a zvýšeným infekcím močových cest způsobených změnami flóry a rovnováhy pH (29, 30). Ve studii publikované Rudgem byl prováděn výzkum u diabetických potkanů, u nichž bylo popsáno ztenčení, atrofie, dezorganizace a narušení cirkulárního prstence pánevního dna a spojeno trvalým poklesem podílu rychlých a pomalých vláken, zvýšenou depozicí kolagenu, lipidovými kapátkami, těžkou fibrózou a četnými subsarkolemálními a intermyofibrilárními mitochondriemi. Tato remodelace pojivové tkáně vzniká na podkladě hyperglykemie vedla také ke strukturálním změnám uretry (29).

Terapie sexuálních dysfunkcí žen

V terapii FSD je zásadní psychoterapie a změny v sexuální životě partnerů.

U pacientek trpících bolestmi při pohlavním styku (dyspareunii), vaginální suchostí či recidivujícími infekcemi genitálního traktu je doporučována lubrikace pomocí volně prodáváných lubrikantů, která je nejsnadnějším způsobem snížení vaginální suchosti (26). Dále je možné aplikovat krémy obsahující iPDE-5 či obohacené o kyselinu hyaluronovou či estrogen, tyto výrobky však nejsou volně k dostání a jsou předmětem dalšího výzkumu (11, 30). V současné době je možné využít