

Az erektilis diszfunkció és a koronária-ateroszklerózis kapcsolata

Olajos Dorottya¹, Nagy Ferenc¹, Vass Andrea¹,
Varga Albert¹, Ruzsa Zoltán^{1,2}



A főszerkesztő
video-összefoglalója

¹Szegedi Tudományegyetem, Belgyógyászati Klinika, Szeged

²Semmelweis Egyetem, Kardiológiai és Vaszkuláris Központ, Budapest

Levelezési cím:

Dr. Ruzsa Zoltán, Szegedi Tudományegyetem, Belgyógyászati Klinika, Invazív Kardiológiai Részleg,
6726 Szeged, Semmelweis utca 7. E-mail cím: zrusza25@gmail.com

Az erektilis diszfunkció és a kardiovaszkuláris érbetegségek összefüggése szoros és a 40–50 év közötti férfiak 15%-át érinti. Esetünkben egy új keletű merevedési zavarban szenvedő férfi esetét mutatjuk be, akinek nem voltak mellkasi panaszai és CT-angiográfia/koronarográfia igazolta a koronária-ateroszklerózist és a nem szignifikáns szűkületek miatt konzervatíván lett kezelve.

Kulcsszavak: erektilis diszfunkció, kardiovaszkuláris megbetegedés, prevenció, noninvazív és invazív kivizsgálás

The association between the coronary atherosclerosis and erectile dysfunction – case report

Erectile dysfunction (ED) is a common problem affecting 15% of men in the age range of 40 to 50 years. We present an angina free male patient with newly presented erectile dysfunction, and CT angiography/coronary angiography detected coronary atherosclerosis treated conservatively.

Keywords: erectile dysfunction, cardiovascular disease, prevention, non-invasiv and invasiv diagnostic

Bevezetés

Magyarországon több mint 350 000 férfi szenved merevedési zavarban. Előfordulási gyakorisága a kor előrehaladtával nő. Régebben úgy tartották, hogy a merevedési problémák 70-80%-a lelki eredetű. Ma már tudjuk, hogy az esetek 80%-a szervi okokra vezethető vissza, és mindössze 20%-ában beszélhetünk tisztán pszichés eredetről. Az erektilis diszfunkció (ED) szervi okai közül a leggyakoribb az ateroszklerózis, ami a 3-5 éven belül megjelenő kardiovaszkuláris (CVD) események egyik prediktora (1). A 2021-es ESC prevenció guideline-ba II. A (C) indikációval került be az ED-ben szenvedő férfiaknál a CVD-rizikó felmérése (2).

Esetismertetés

Esetünkben egy 42 éves, kardiálisan panaszmentes férfi esetét mutatjuk be, akit gondozó urológusa küldött kardiológiai kivizsgálásra erektilis diszfunkció miatt. Rizikófaktorok közül kiemelendő a pozitív családi anamnézis, a dohányzás (napi 1 doboz cigaretta), a mozgásszegény életmód, enyhe túlsúly (BMI: 26 kg/m²), a hyperlipidaemia (KOL: 8,2 mmol/l, LDL: 6,5 mmol/l) és a kezeletlen III. stádiumú hipertónia (180/110 Hgmm átlagos vérnyomás a hozott vérnyomásnapló alapján). A SCORE2 kockázatbecslő skála alapján a 10 éven belül bekövetkező szív- és érrendszeri események előfordulásának kockázata esetünk-

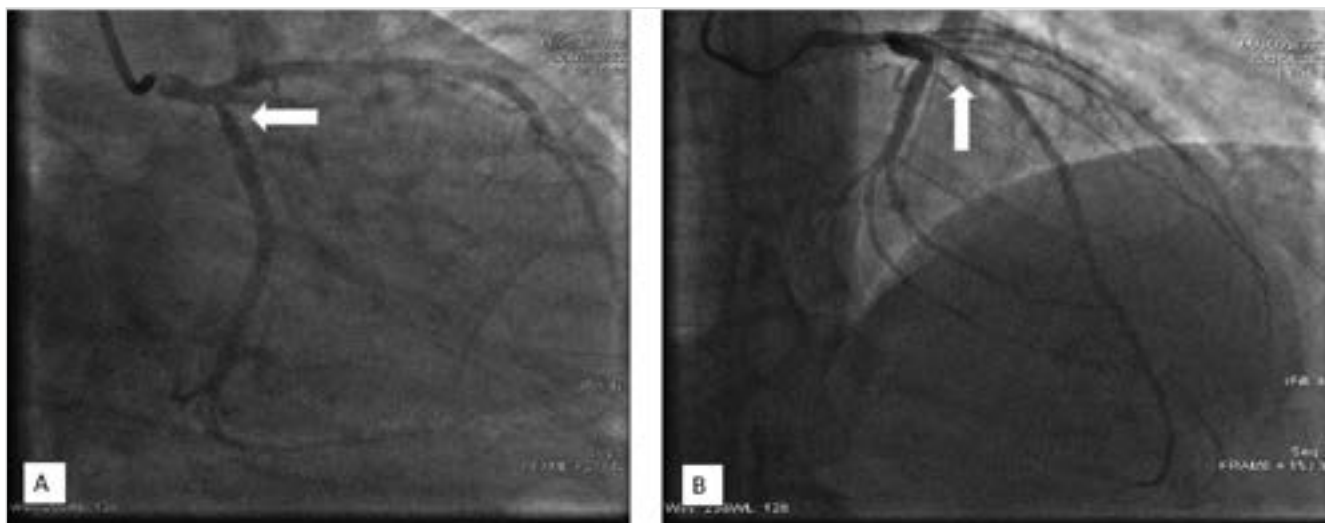


1. ÁBRA. Koronária-CT-angiográfia. **1A:** 2D-rekonstrukció mutatja a bal közös törzs szűkületet (fehér nyíl). Ca-score: 114 (közepes kardiovaszkuláris rizikónak felel meg, ami a bal koronáriarendszerre lokalizálódik). **1B:** Ramus descendens anterior szűkület (fehér nyíl). **1C:** Ramus circumflexus szűkület (fehér nyíl)

ben 15%-os volt, amely nagyon nagy kardiovaszkuláris rizikónak felelt meg.

Az elvégzett szívultrahang-vizsgálat jó globális bal-kamra-funkció mellett szegmentális falmozgászavart és vitiumot nem mutatott. Carotis Doppler-ultrahangon mindkét oldalon minimális szűkületet okozó vegyes szerkezetű plakkok voltak láthatóak. Ergometria során – mint a legkönnyebben elérhető noninvazív funkcionális vizsgálat – közepes terhelhetőség mellett egyértelmű iszkémia releváns eltérés nem igazolódott. Kombinált antihipertenzív (20 mg olmesartan + 5 mg amlodipin) és antilipidémiás (40 mg atorvastatin) terá-

piát javasoltunk. A vérnyomás rendeződésével tadalafil szedésének megkezdését engedélyeztük. A halmozott kardiovaszkuláris rizikóra tekintettel koronáriastatusz tisztázására koronária-CT-angiográfia mellett döntöttünk, amely a bal közös törzs trifurkációjában kiterjedt plakkrendszerrel és a ramus circumflexus eredésében határérték-szűkületet (51-74%) mutatott (1. ábra). Koronarográfia diffúz koronáriaszklerózis mellett, a koronária-CT-lelettel egyezően, a CX eredésében 50% körüli szűkületet igazolt (2. ábra). LM-CX FFR-vizsgálatot végeztünk, amely alapján a szűkület hemodinamikailag nem volt szignifikáns (CX FFR: 0,91), így intervenció-



2. ÁBRA. Koronarográfia. **A:** Ramus circumflexus eredési szűkület (fehér nyíl). **B:** Ramus descendens anterior szűkület (fehér nyíl).

teendőt nem igényelt. Tekintettel azonban a diffúz enyhe-közepes koronáriabetegségre agresszív primer prevenció terápia felépítését kezdtük meg (100 mg aszpirin, 80 mg atorvastatin + 10 mg ezetimib) a továbbra is panaszmentes betegünkénél. 6 hónapos kontrollvizsgálaton a megfelelő compliance mellett célszámokra került a vérnyomása és az összkoleszterin: 4,6 mmol/l, LDL: 2,9 mmol/l-re csökkent. A rendszeres gyógyszeres kezelés mellett az életmódváltást is komolyan vette: heti 3 alkalommal 30 perc kardiótréninget (nordic walking) vezetett be, illetve a dohányzást jelentősen csökkentette (napi 5 szál). Merevedési problémái saját bevallása szerint tadalafil nélkül jelentősen nem változtak, ellenben közérzete és állóképessége jelentősen javult.

Megbeszélés

Az erektilis diszfunkció és a kardiovaszkuláris megbetegedés rizikófaktorai megegyeznek (idős életkor, hipertónia, cukorbetegség, inzulinrezisztencia, dohányzás, obesitas és hyperlipidaemia (3).

Az ED és a koronária-ateroszklerózis (CAD) kapcsolata ismert. Az ED 3-5 évvel megelőzi a CVD-eseményt (4). A CAD szűrése az újonnan felfedezett ED-s betegekben javasolt és a klinikus, kardiológus és urológus együttműködését kívánja. Mivel az esetek nagy részében az ED-s betegben a koronáriabetegség tünetmentes, ezért első lépésben noninvazív vizsgálatok szükségesek a CAD kiszűrésére. Számos vizsgálat, mint a nyugalmi EKG, terheléses EKG és a képalkotó terhelések (ultrahang, izotópos módszerek) segít kiszűrni a tünetmentes CAD-ot.

ED-ben a biokémiai markerek mérése (hs-CRP, HgA_{1c}, vizeletalbumin, lipoprotein-asszociált foszfolipáz-A2) előjelzi a CVD történéseket tünetmentes betegekben (5). Ezen kívül a CT-vel meghatározott kalcium score, carotis intima-media index, CT-angiográfia, és az ABI-mérés kóros értékei prediktívnek bizonyultak a későbbi CVD-eseményekre ED-ben (6).

A standard ED-betegeken kívül azok a betegek nyernek sokat a kardiológiai kivizsgálásból, akiknek nincs ismert cukorbetegségük, perifériás érbetegségük vagy CAD-ük, mert ezen betegekben még első CVD-történelem előtt felfedezhetjük a betegséget és időben elkezdhetjük a megfelelő prevenció terápiaát.

Panaszmentes betegknél is érdemes a kardiovaszkuláris rizikó felmérése, kitérve az erektilis diszfunkció-

ra. A minél előbb felfedezett ateroszklerózis agresszív gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelés mellett jelentősen csökkentheti a 3-5 éven belül kialakuló CVD-események kialakulásának esélyét.

Következtetések

Az újonnan felfedezett ED előjelezheti a kardiovaszkuláris eseményt, ezért ezen betegekben kardiológiai szűrésre van szükség.

Nyilatkozat

A szerzők kijelentik, hogy az esetismertetés megírásával kapcsolatban nem áll fenn velük szemben pénzügyi vagy egyéb lényeges összeütközés, összeférhetlenségi ok, amely befolyásolhatja a közleményben bemutatott eredményeket, az abból levont következtetéseket vagy azok értelmezését.

Irodalom

1. Raheem OA, Su JJ, Wilson JR, Hsieh TC. The Association of Erectile Dysfunction and Cardiovascular Disease: A Systematic Critical Review. *Am J Mens Health* 2017; 11(3): 552–563. <https://doi.org/10.1177%2F1557988316630305>
2. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S. et al. ESC Scientific Document Group. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2016; 37 (29): 2315–2381. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
3. Austoni E, Mirone V, Parazzini F, et al. Smoking as a risk factor for erectile dysfunction: Data from the Andrology Prevention Weeks 2001-2002: A study of the Italian Society of Andrology (S.I.A.). *European Urology* 2005; 48: 810–817. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2005.03.005>
4. Baumhakel M, Bohm M (2007). Erectile dysfunction correlates with left ventricular function and precedes cardiovascular events in cardiovascular high-risk patients. *International Journal of Clinical Practice* 2006; 61: 361–366. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2006.01274.x>
5. Jenny NS, Solomon C, Cushman M, Tracy RP, et al (2010). Lipoprotein-associated phospholipase A2 (Lp-PLA(2)) and risk of cardiovascular disease in older adults: Results from the Cardiovascular Health Study. *Atherosclerosis* 2009; 528–532. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2009.09.021>
6. Polonsky TS, Taillon LA, Sheth H, et al. The association between erectile dysfunction and peripheral arterial disease as determined by screening ankle-brachial index testing. *Atherosclerosis* 2009; 207, 440–444. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2009.05.005>