



Prim. Univ.-Doz. Dr. Eugen Plas, FEBU

Urologische Abteilung, Hanusch Krankenhaus Wien, 1140 Wien, eugen.plas@wgkk.at

Erektionsstörungen – gibt es den schon wieder etwas Neues?

Nachdem nun mittlerweile mehr als 15 Jahre seit der Markteinführung der PDE-5-Hemmer vergangen sind und die Behandlung von Erektionsstörungen beinahe flächendeckend ohne wirkliche Probleme durchgeführt wird, stellt sich die Frage, ob Neuerungen zu diesem Thema wirklich noch von Interesse sind. Beschäftigen sich wissenschaftliche Studien nur noch mit Subgruppenanalysen und besonderen Detailfragen, die für die tägliche Praxis kaum relevant sind? Obwohl am therapeutischen Sektor nur wenige Neuerungen gekommen sind, hat sich doch die Sichtweise der erektilen Dysfunktion in den letzten Jahren von einer alleinigen Erkrankung des Mannes im Alter und Beeinträchtigung der sexuellen Funktion zu einem Frühsymptom verschiedener Erkrankungen gewandelt, deren Früherkennung wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität des Mannes sowie potentielle Komorbiditäten haben kann.

Unter erektiler Dysfunktion (ED) versteht man die Unfähigkeit zur Erlangung einer Erektion, die anhaltend und ausreichend für die Durchführung einer zufriedenstellenden sexuellen Aktivität ist. Die Prävalenz der erektilen Dysfunktion liegt bei 40- bis 70-Jährigen bei ca. 52%, wobei Schätzungen zufolge 2025 weltweit über 300 Millionen Männer daran leiden werden. Studien und Schätzungen zufolge leiden in Österreich rund 730.000 Männer an Erektionsstörungen (Abb. 1). Diese beeindruckenden Zahlen bedeuten jedoch nicht nur für die Betroffenen ein wesentliches Problem, sondern haben auch auf deren Partnerinnen wesentliche negative Einflüsse.

ED – ein Paarproblem

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass das Auftreten einer erektilen Dysfunktion auch für die Partnerin wesentliche Beeinträchtigungen der sexuellen Funktion und Zufriedenheit mit sich bringen. Die Erektionsstörung führt bei den Partnerinnen zu einem 30-fach höheren Risiko, eine hypoaktive sexuelle Dysfunktion zu erleiden. Auch für andere sexuelle Funktionsstörungen des Mannes bestehen diesbezügliche Assoziationen – so ist etwa die schwierig zu therapierende Ejaculatio tarda (verzögerter Samenerguss) mit einem auf

das 26-Fache erhöhten Risiko für Erregungsstörungen der Partnerin bzw. die Ejaculatio praecox (frühzeitiger Samenerguss) mit einem 4-fach höheren Risiko für Orgasmusstörungen vergesellschaftet. Diese Studien zeigen klar den direkten Zusammenhang sexueller Funktionsstörungen des Mannes mit deren negativen Auswirkungen auf die Partnerin. Bis dato wissen wir viel über sexuelle Störungen des Mannes, hinterfragen jedoch selten die damit assoziierten Probleme der Partnerin. Anhand der hohen Prävalenz von Erektionsstörungen muss davon ausgegangen werden, dass auch Partnerinnen sehr häufig darunter leiden, die jedoch momentan kaum behandelt werden. Erektionsstörungen sollten somit nicht nur als Problem des Mannes, sondern als Paarproblem betrachtet werden, wobei eine erfolgreiche Behandlung nicht nur für den Mann positive Einflüsse auf seine Sexualität, sondern auch für die Partnerin wesentlich ist. Das größte Risiko für die Entwicklung weiblicher sexueller Funktionsstörungen in einer stabilen heterosexuellen Beziehung ist die männliche sexuelle Funktionsstörung. Die Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion ist ein häufiges Problem, im Rahmen deren Behandlung auch nach sexuellen Beeinträchtigungen der Partnerin gefragt werden sollte.

Fokus Komorbiditäten

Das Auftreten von Erektionsstörungen mit dem Alterungsprozess häufiger auftreten, ist bekannt und wurde in zahlreichen Publikationen eindeutig dargestellt. Bekanntermaßen steigen im Alterungsprozess aber auch die Prävalenzen von KHK, Hypertonie, Diabetes mellitus, arterieller Verschlusskrankung, Insult, etc. Es liegt nahe, dass Beeinträchtigungen des Gefäßsystems ubiquitär im Organismus Störungen verursachen und somit Probleme kleiner Gefäße früher auftreten als symptomatische Erkrankungen großer Arterien. Diese Assoziation führte zur Festlegung, dass die erektile Dysfunktion die „Antenne des Herzens“ ist, dh. Erektionsstörungen oft das erste Symptom einer KHK sind, lange bevor es zu einer kardialen Symptomatik kommt. Dieser Zusammenhang der endothelialen Dysfunktion mit ihrer Verbindung sowohl zur Erektion als auch zu KHK, Insult bzw. pAVK ist mittlerweile das wichtigere Signal bei Männern, die lediglich wegen einer „einfachen“ Erektionsproblematik zum Arzt gehen. Es gilt, dieses Frühsymptom nicht nur als lokal begrenztes Problem zu betrachten, sondern zumindest den Zusammenhang der ED mit jeder Form einer Gefäß- oder metabolischen Problematik in Einklang zu bringen. Gleiches gilt für Diabetes oder wesentliche Fettstoffwechselstörungen, bei de-

nen auch die erektile Dysfunktion das erste Symptom sein kann. Somit ist die Erektionsstörung kein eindeutiges Kardinalsymptom einer assoziierten internen Erkrankung, es sollten jedoch oben genannte pathophysiologische Zusammenhänge ausgeschlossen werden. In der Ära vor den PDE-5-Hemmern ging man davon aus, dass ca. 75% der Männer unter einer psychogenen erektilen Dysfunktion leiden – diese Sichtweise hat sich komplett geändert und man hat nachgewiesen, dass bei einem Großteil der Patienten eine organische Ursache vorliegt. Erektionsstörungen sind jedoch nicht nur in organische oder psychogene zu trennen, sondern stellen zumeist eine Kombination beider dar, wobei es potentielle Risiken zu erfassen gilt.

Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten belegen den direkten Zusammenhang von Hypertonie, Diabetes mellitus bzw. Hyperlipidämie mit der erektilen Dysfunktion (Abb. 2). Männer mit schweren Potenzstörungen haben ein um 65% erhöhtes Risiko, innerhalb der nächsten 10 Jahre eine KHK zu entwickeln, sowie ein 43% gesteigertes Risiko, einen Insult zu erleiden. Des Weiteren ist die erektile Dysfunktion mit einem um 30–60% erhöhten Risiko kardiovaskulärer Ereignisse assoziiert sowie Diabetiker mit erektiler Dysfunktion ein um 50% erhöhtes kardiovaskuläres Risiko haben. Gerade der Typ 2 Diabetes ist in den Industrieländern ein besonderes Problem, wobei auch hier rezente Untersuchungen über einen eindeutigen Zusammenhang koronarer Ereignisse bei Typ 2 Diabetikern mit erektiler Dysfunktion verglichen zu Diabetikern ohne Erektionsprobleme berichteten. Bereits innerhalb von 2 Jahren nach Auftreten einer Erektionsstörung bei Typ 2 Diabeten nahm das kumulative Risiko eines Koronareignisses zu, mit Fortdauer der ED und des Diabetes stieg das Risiko signifikant an. Das Intervall zwischen dem Auftreten einer ED und den Erstsymptomen einer KHK liegt bei ca. 2–3 Jahren, jenes bis zum Auftreten kardiovaskulärer Ereignisse bei ca. 3–5 Jahren. Dieses Intervall könnte genutzt werden, um frühzeitig zu intervenieren und zumindest eine Stabilisierung, wenn nicht sogar in manchen Fällen auch eine Verbesserung zu erreichen. Zum Beispiel wurde eine Verbesserung des arteriellen Blutflusses bei Typ 2 Diabetikern unter frühzeitiger Behandlung mit Statinen und PDE-5-Hemmern berichtet, ebenso zeigte sich eine signifikante Reduktion schwerer

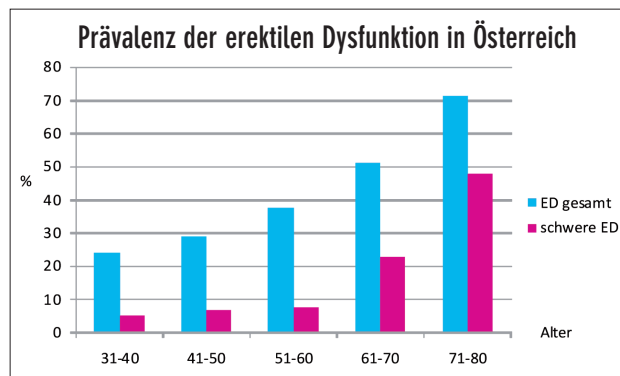


Abb. 1 mod. nach Ponholzer et al., Eur Urol 2005

kardialer Ereignisse bei asymptomatischer KHK. Weiters kann die endotheliale Funktion unter Optimierung der Lipid- und Blutzuckerwerte verbessert und die Insulinsensitivität gesteigert werden.

Diagnose der ED

Diese Studien belegen die Wichtigkeit, die erektile Dysfunktion frühzeitig zu diagnostizieren um eventuelle Folgeerkrankungen zu vermeiden, in ihrem Schweregrad zu verringern oder zumindest früher in Observanz zu bekommen. Die Abklärung der ED hat sich innerhalb der letzten Jahre nicht verändert, wobei sicherlich der hohe Erfolg der PDE-5-Hemmer bei gleichzeitigem geringem Risiko für relevante Nebenwirkungen zu einer Steigerung der Rezeptur der Präparate ohne Diagnostik geführt hat. Grundsätzlich sollte bei jedem Mann neben Anamnese und körperlicher Untersuchung auch eine Laborkontrolle unter Bestimmung von Blutzucker, Lipidparameter und Gesamttestosteron erfolgen. Bei pathologischen Befunden sollten diese in jedem Fall nochmals kontrolliert werden. Die wiederholte Bestimmung des freien Testosterons ist aufgrund der hohen Fehlerquote zu vernachlässigen – hingegen konnte sich außerhalb klinischer Studien die Bestimmung des errechneten biologisch aktiven Testosterons (siehe www.issam.ch) unter Berücksichtigung

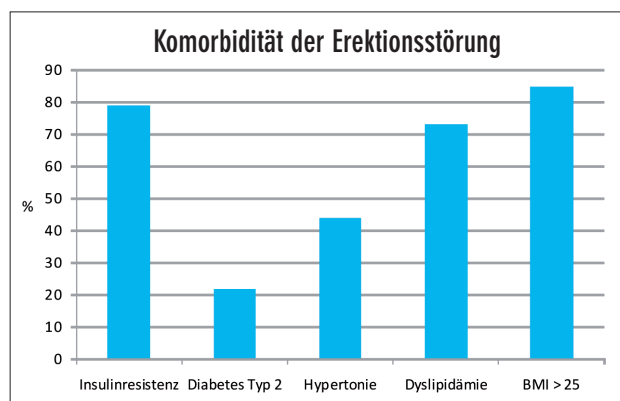


Abb. 2 mod. nach Guay et al., Sex Med 2007

von Albumin, SHBG und Gesamttestosteron durchsetzen. In der Regel ist eine weiterführende – insbesondere invasive – Diagnostik nicht erforderlich, da bei erfolgreicher Testung von PDE-5-Hemmern keine weiteren Untersuchungen vor der Behandlung der Erektion erforderlich sind.

Therapie der ED

Gerade Männer mit kardialen Risiko sollten gemäß der 2nd Princeton Consensus Conference in 3 Gruppen eingeteilt werden: Männer mit geringem

Risiko können direkt eine Therapie erhalten, Patienten mit intermediärem und hohem kardialen Risiko sollten initial kardiologisch begutachtet und erst anschließend einer Therapie zugeführt werden.

Die therapeutischen Optionen haben sich grundsätzlich nicht verändert, es sollte nach einem Stufenschema therapiert werden (Abbildung 3). Hinzugekommen zu den bisherigen etablierten Therapien mit Cialis®, Levitra®, Viagra® und Vivanza® (PDE-5-Hemmer in alphabetischer Reihenfolge), Caverject Dual® und Androskat® (intracavernöse Injektion) sowie der Vakuumpumpe sind innerhalb der letzten Jahre lediglich wenige neue PDE-5-Hemmer zur oralen (Vivanza® [Vardenafil]) bzw. sublingualen (Levitra® Schmelztabletten) Einnahme. Wesentliche Neuerungen sind auch in den nächsten Jahren nicht zu erwarten.

Auch weiterhin sind die PDE-5-Hemmer nach entsprechender Abklärung die Therapie der Wahl, wobei in Abhängigkeit von der Sexualanamnese ein entsprechendes Therapeutikum rezeptiert werden sollte. Grundsätzlich unterscheiden sich die derzeit verfügbaren PDE-5-Hemmer aufgrund ihrer Wirkdauer, dh. es gibt Präparate mit einer Wirkdauer von ca. 4–8 Stunden (Levitra®, Viagra® und Vivanza®) sowie 20–36 Stunden (Cialis®). PDE-5-Hemmer wirken grundsätzlich nur bei sexueller Stimulation, wobei die Einnahme der Medikation mindestens 1 – 1½ Stunden vor der sexuellen Aktivität erfolgen sollte, dies gilt auch für die sublinguale Applikation (Levitra® Schmelztabletten). Das Nebenwirkungsspektrum ist annähernd vergleichbar. Insbesondere bei erstmaliger Einnahme berichten Männer über keine zufriedenstellende Erektion – deshalb ist es wichtig, Patienten darauf hinzuweisen, wie das Medikament eingenommen werden soll bzw. ist es ratsam, gerade am Anfang 4–8 Versuche durchzuführen, erst danach lässt sich ein feh-

lender Erfolg wirklich beurteilen. Ist der Effekt der PDE-5-Therapie nicht zufriedenstellend, sollte ein Hypogonadismus ausgeschlossen werden, da die Kombination von Testosteron und PDE-5-Hemmern zu einem Anstieg der PDE-5-Rezeptoren in den Corpora cavernosa führt und eine Verbesserung der Effizienz der PDE-5-Hemmer berichtet wurde. Liegen Kontraindikationen für die Einnahme von PDE-5-Hemmern vor, ist die intracavernöse Injektionstherapie eine äußerst effiziente Alternativtherapie, die im therapeutischen Armamentarium nicht vergessen bzw. vernachlässigt werden sollte. Falls sowohl PDE-5-Hemmer als auch die intracavernöse Injektion nicht zufriedenstellend sind, kann die Vakuumpumpe – nach entsprechender Instruktion – verwendet werden. Die Ultima Ratio in der Therapie der erektilen Dysfunktion ist weiterhin die Implantation einer Penisprothese.

Zusammenfassung

Grundlegende Neuigkeiten in der Therapie der erektilen Dysfunktion liegen keine vor, jedoch

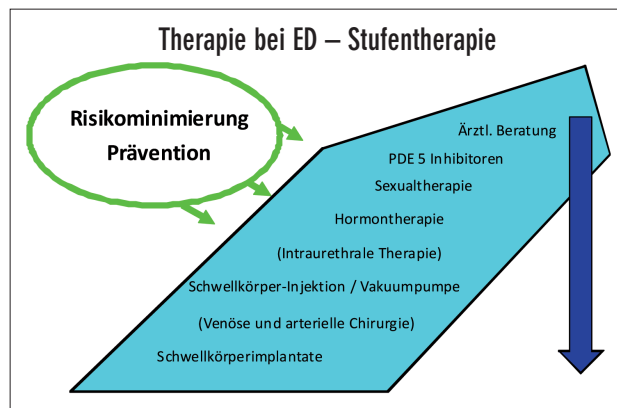


Abb. 3

gilt das Hauptaugenmerk bei der Behandlung der erektilen Dysfunktion mittlerweile in der Risikominimierung. Erektile Dysfunktion hat eine hohe Prävalenz und ist häufig das erste Symptom einer bis dato nicht bekannten Gefäß- und/oder metabolischen Erkrankung. Die Behandlung stellt heutzutage nur mehr in wenigen Fällen eine wirkliche therapeutische Herausforderung dar, jedoch sollte versucht werden, in der Gesamtbetrachtung des Patienten nicht nur ein Symptom zu therapieren, sondern auch andere – potentiell assoziierte – Erkrankungen zu

erfassen und einer entsprechende Therapie zuzuführen. Neben der Behandlung des Mannes sollte nicht darauf vergessen werden, dass sexuelle Funktionsstörungen des Mannes auch die Sexualität der Partnerin negativ beeinflusst. Das größte Risiko für die Entwicklung weiblicher sexueller Funktionsstörungen in einer stabilen heterosexuellen Beziehung ist die männliche sexuelle Funktionsstörung. Es ist sinnvoll, das Paar bezüglich ihrer sexuellen Zufriedenheit zu explorieren und nicht nur eine rasche erektionsorientierte Therapie einzuleiten. ◆

Literatur:

- Hatzimouratidis K et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *Eur Urol* 2010;57:804-8014
- Jackson G et al. Consensus ED and CAD prediction: evidence-based guidance and consensus. *Int J Clin Pract* 2010; 64(7):848-857
- Kostis JB et al. Sexual dysfunction and cardiac risk (the Second Princeton Consensus Conference). *Am J Cardiol* 2005; 96:313-321
- Ma RC et al. Erectile Dysfunction Predicts Coronary Heart Disease in Type 2 Diabetes. *J Am Coll Cardiol*. 2008; 51(21):2045-50
- Ponholzer A. et al. Prevalence and risk factors for Erectile Dysfunction in 2.869 Men Using a Validated Questionnaire. *European Urology* 2005; 47:80-86
- Ponholzer A. et al. Is Erectile Dysfunction an Indicator for Increased Risk of Coronary Heart Disease and Stroke? *European Urology* 2005; 48:512-18
- Schouten BW et al. Erectile dysfunction prospectively associated with cardiovascular disease in the Dutch general population: results from the Krimpen Study. *Int J Impot Res* 2008; 20:92-9