

Management von Patienten mit Erektionsstörungen durch den Hausarzt

ROBERTO CASELLA¹ UND
KURT LEHMANN²

Störungen der Erektion betreffen viele Männer und können deren Lebensqualität vermindern. Der Hausarzt ist häufig erste Anlaufstelle für dieses Problem. Seit der Einführung wirksamer oraler Medikamente haben sich sowohl Abklärung als auch Behandlung der Erektionsstörungen vereinfacht. Basisabklärung sowie Einleitung einer oralen Therapie gehören in den Kompetenzbereich des Grundversorgers. Erst beim Versagen eines oder mehrerer Therapieversuche ist die Einweisung zu einem Urologen zu erwägen.

Kasten 1: **Krankheiten, die eine Erektionsstörung verursachen können:**

Koronare Herzkrankheit	
Hypertonie	
Diabetes mellitus	
Periphere arterielle Verschlusskrankheit	
Dyslipidämien	
Neurologisches Leiden:	St. n. Hirnschlag
	Multiple Sklerose
	Paraplegie
Depression	
Operationen:	radikale Prostatektomie
	Rektumamputation oder tiefe Rektumresektion
	grosse abdominale Gefässoperation
Niereninsuffizienz	
Nikotinabusus	
Alkoholabusus	
St. n. Bestrahlung im Beckenbereich	
St. n. Becken- oder perinealem Trauma	

Männliche sexuelle Dysfunktionen beinhalten Störungen der Libido, der Erektion, des Orgasmus und der Ejakulation. Es wird geschätzt, dass etwa 10 bis 15 Prozent aller Männer an einer erektilen Dysfunktion (ED) leiden. Gemäss internationaler Definition liegt eine ED vor, falls ein Mann während mindestens sechs Monaten keine genügend starke Erektion bekommen und/oder aufrechterhalten kann, die ein zufrieden stellendes Sexualleben erlaubt. Männer im Alter zwischen 40 und 70 Jahren weisen in 17 Prozent eine leichte (ab und zu), in 25 Prozent eine mittelschwere (häufig mühsam und unsicher) und in 10 Prozent eine vollständige (keine Gliedversteifung mehr) ED auf. Untersuchungen am eigenen Krankengut zeigen, dass nahezu 50 Prozent der Patienten nicht mehr in die Partnerin eindringen können, weitere 25 Prozent nur

mit manueller Unterstützung penetrieren können und dass die restlichen 25 Prozent die Erektion nach der Penetration für einen befriedigenden Verkehr nicht genügend lang aufrechterhalten können. Da die Libido meistens intakt bleibt, entsteht eine Diskrepanz zwischen Bedürfnis (eigenem oder partnerschaftlichem) und «Können», wodurch ein Leidensdruck entsteht. Auswirkungen auf Partnerschaft, Selbstbewusstsein und Lebensqualität sind häufig.

Obwohl Erektionsstörungen die Lebensqualität beträchtlich vermindern können, begeben sich lediglich 10 Prozent der Betroffenen in ärztliche Abklärung und Behandlung. Während einer ärztlichen Konsultation scheuen sich viele Männer, selbst die sexuelle Dysfunktion anzusprechen. ED ist aber häufig ein Symptom für ernsthafte Erkrankungen im Herzkreis-

Management von Patienten mit Erektionsstörungen durch den Hausarzt

Tabelle: **Medikamente mit gesichertem oder möglichem negativem Einfluss auf die Erektionsqualität:**

Gruppe	Beispiele
Anticholinergika	Antikonvulsiva, Disopyramid
Antidepressiva	Fluoxetin, Lithium, MAO-Hemmer, Sertralin, trizyklische Antidepressiva
Tranquilizer	Phenothiazine, Butyrophenone
Antiandrogene	Cyproteronacetat, GnRH-releasing-Agonisten
Antihypertensiva	Betablocker, Verapamil, Methyldopa, Clonidin, Reserpin, Guanethidin
Hormone	Östrogene, Progesteron, Kortikosteroide
Herzmedikamente	Digoxin, Disopyramid
Diuretika	Thiazide, Spironolacton
H ₂ -Antagonisten	Cimetidin, Ranitidin
Lipidsenker	Gemfibrozil, Clofibrat
Chemotherapeutika	Cyclophosphamid, Methotrexat, Roferon-A
Psychopharmaka	viele
Andere	Finasterid, Dutasterid, Opiate, Amphetamin, Metoclopramid, Baclofen, Carboanhydrasehemmer

lauf, dem Stoffwechsel und im psychosozialen Spannungsfeld. Daher gehört die primäre Abklärung und Therapie einer ED in den Kompetenzbereich des Grundversorgers.

Ursachen der Erektionsstörungen

Statistisch gesehen ist steigendes Alter mit abnehmender Erektionsfähigkeit assoziiert, aber eine erektile Dysfunktion ist deswegen im Alter keineswegs obligat. Altern ist für sich genommen nicht direkte Ursache dieser Beschwerden, sondern ein höheres Alter ist häufig mit Zuständen vergesellschaftet, die eine Erektionsstörung hervorrufen können (Kasten 1). Organische Ursachen können allein oder in Kombination mit psychologischen Defiziten auftreten. Länger bestehende Erektionsstörungen begünstigen die Entstehung von depressiven Verstimmungen und Versagensängsten. Ausreichende körperliche Betätigung bewahrt besseres Körpergefühl, verhindert Übergewicht, fördert das Selbstvertrauen und wirkt einem Androgendefizit entgegen. Nikotin und Alkohol haben einen direkt hemmenden Effekt auf die Erektionsfähigkeit. Medikamente werden häufig als Grund für eine ED angegeben (Tabelle). Es gilt aber zu be-

denken, dass sie als primäre Ursache wahrscheinlich häufiger auf dem Boden vorbestehender Erektionsdefizite negativ auf das erektile Gewebe wirken. Partnerschaftskonflikte sind ebenfalls eine häufige Ursache erektiler Dysfunktion, die aber oft von den Patienten nicht so wahrgenommen wird (Verdrängung?). In dieser Situation ist zwar die Behandlung der Erektionsstörung möglich, damit lassen sich aber weder Partnerschaftskonflikte noch psychologische Probleme lösen.

Basisabklärung der Erektionsstörungen

Viele Männer trauen sich nach wie vor nicht, ein erektils Defizit explizit als Problem anzusprechen. Es könnte die Aufgabe des Arztes sein, ihnen dafür eine Brücke zu bauen, indem er Übergewicht, Bewegungsmangel, Ernährung, Alkohol- und Nikotinabusus. Beachtliche 15 bis 20 Prozent der Männer mit einer ED weisen nämlich gleichzeitig eine klinisch relevante koronare Herzkrankheit auf. Vor kurzem publizierte Studien postulieren sogar, dass eine ED ein «Frühindikator» einer koronaren Herzkrankheit sein könnte! Das Ziel der Abklärung einer ED ist, eine erfolgreiche Behandlung mit minimalen Nebenwirkungen einzuleiten. Die Abklä-

rung beginnt mit einem umfassenden Gespräch über Sexualität (Kasten 2), Partnerschaft, frühere und aktuelle Erkrankungen sowie aktuell eingenommene Medikamente. Während der sexuellen Anamnese lohnt es sich, den jetzigen Zustand der Erektion mit jenem vor dem Erscheinen der ED zu vergleichen. Dies erlaubt eine ungefähre Quantifizierung des erektilen Defizits. Es folgen eine körperliche Untersuchung und eine Blutentnahme (Kasten 3).

In Penis und Herz sind kleine und kleinste Arterien für eine normale Funktion notwendig. Eine Erektionsstörung kann daher das erste klinische Zeichen für Erkrankungen dieser Arterien sein. Jeder Patient mit Erektionsstörungen sollte deshalb vor dem ersten Therapieversuch nach einer möglichen Herz-Kreislauf-Krankheit befragt werden. Sexuelle Aktivität ist keine starke körperliche Belastung, trotzdem könnte bei einigen Patienten eine weitere fachliche Beurteilung nötig sein, um das kardiale Risiko bei Wiederaufnahme der sexuellen Aktivität zu quantifizieren beziehungsweise zu senken.

Dem Patienten sollten alle zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten mit ihren möglichen Vor- und Nachteilen erläutert werden. Der Miteinbezug der Partnerin ist von Vorteil. Ein therapeutischer Versuch mit einer oralen Medikation sollte eingeleitet werden. Es ist hier zu unterstreichen, dass es einigen Patienten bereits geholfen hat, zu erfahren, dass gewisse Veränderungen, wie die Verlängerung der Erholungsphase nach einem Orgasmus, eine normale Alterserscheinung darstellen.

Kasten 2: Laboruntersuchungen in der Basisabklärung der erektilen Dysfunktion:

Testosteron
Glukose
PSA bei Patienten über 50 Jahre
Leber- und Nierenwerte
Hämoglobin, Leukozyten
Lipidprofil

Management von Patienten mit Erektionsstörungen durch den Hausarzt

Während der zweiten Konsultation, die nach etwa sechs bis acht Wochen stattfinden sollte, sollten Wirksamkeit und Nebenwirkungen der gewählten Behandlung überprüft werden. Bei unzureichendem Ansprechen oder zu starken Nebenwirkungen müssen dem Patienten alternative Therapien angeboten werden, oder die Überweisung zu einem Urologen für weitere Abklärungen und therapeutische Angebote diskutiert werden.

Standardtherapie der Erektionsstörungen

Die Standardtherapie der Erektionsstörungen hat während der letzten 50 Jahre eine beeindruckende Entwicklung erfahren. Zuerst wurden rein psychologische Methoden verwendet. In den Sechzigerjahren folgten die ersten einfachen Penisprothesen. Anfang der Siebzigerjahre waren Revaskularisationsoperationen der Penisarterien der Standard. Im Jahre 1982 wurde die Wirksamkeit direkt in den Penis eingespritzter gefässaktiver Substanzen entdeckt (Papaverin, später Alprostadil). Der nächste grosse Schritt war Sildenafil (Viagra), das als Tablette eingenommen werden kann. Die Zulassung von Sildenafil und die anschliessenden breiten und leider häufig nicht sachgemässen Diskussionen in allen Medien haben nicht zur erwarteten Enttabuisierung des Themas «sexuelle Dysfunktion» geführt. Oft wird es daher schwierig, die Erektionsfähigkeit anzusprechen und in der notwendigen Genauigkeit zu beschreiben. Beispiele dafür sind die Zuweisungen von «Viagra-Versagern», die in Wirklichkeit keine ED hatten, sondern eine Ejaculatio praecox, oder die nicht wussten, wie und wann die Pille einzunehmen ist, und keine Ahnung hatten, dass ohne zusätzliche sexuelle Stimulation keine Wirkung eintritt!

Beeinflussung von Risikofaktoren: «Lifestyle Changing»

Der mögliche Zusammenhang mit vaskulären Risikofaktoren sollte dem Patienten erläutert werden. Die positive Beein-

Kasten 3: Frageauswahl bei der sexuellen Anamnese

- Liegen andere männliche sexuelle Dysfunktionen vor (z.B. Ejaculatio praecox)?
- Seit wann besteht die Erektionsstörung?
- Ist die Erektion zu schwach, zu kurz oder beides?
- Ist die Qualität der Erektion unter sexuellen Bedingungen, bei spontanen Erektionen und bei der Selbstbefriedigung gleich schlecht geworden?
- War der Beginn der Erektionsstörung akut oder fast unbemerkt?
- Möglicher Zusammenhang mit dem Beginn der ED: «life event» in partnerschaftlichem, gesundheitlichem oder beruflichem Leben?
- Wie gross ist die für das Zustandekommen einer Erektion nötige Stimulation?
- Ist die Penetration ohne manuelle Unterstützung noch möglich?
- Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs?
- Dauer der Erektion in Minuten?
- Geschätzter prozentualer Verlust der Erektionsqualität gegenüber «früher» (z.B. 50%)?

flussung der Risikofaktoren, zum Beispiel die optimale Einstellung einer Hypertonie oder eines Diabetes, wird nicht die Qualität der Erektion verbessern, aber eine zusätzliche zukünftige Verschlechterung der (vaskulären) Situation kann so möglicherweise vermieden werden. Auch der Zusammenhang zwischen erektiler Dysfunktion und Nikotinabusus sollte direkt angesprochen werden.

Orale medikamentöse Therapie

Sofern keine unmittelbare und korrigierbare Ursache der Erektionsstörung feststellbar ist und die Therapie auf die Wiederherstellung der Erektionsfähigkeit fokussiert, ist der erste Schritt ein Behandlungsversuch mit einem proerektilem Medikament.

Phosphodiesterase-5 (PD-5)-Hemmer

Diese Medikamente vermindern in den glatten Muskelzellen des Schwellkörpers den Abbau des Botenstoffes Guanosinriphosphat zum -monophosphat. Auf diese Weise wird eine über das Nervensystem übertragene Stimulation zur Entspannung der glatten Muskelzellen im Schwellkörper länger aufrechterhalten. Durch den gesteigerten Bluteinstrom wird die Erektionsqualität verbessert. PD-5-Hemmer

sind keine Aphrodisiaka: da diese Stoffe den normalen Erektionsvorgang nur unterstützen, wirken sie nur in Kombination mit einer sexuellen Stimulation. Bei normal potenten Männern bewirken PD-5-Hemmer keine Steigerung der sexuellen Leistung. Die vorgeschlagene Maximaldosis sollte nicht überschritten werden, da der Effekt nicht zunimmt, hingegen aber die Nebenwirkungen. PD-5-Hemmer weisen ein gutes Wirkspektrum auf, das ihren Einsatz auch bei Herzkranken erlaubt. Männer, die PD-5-Hemmer zu sich nehmen, dürfen aber keine schwer wiegende Herzerkrankung haben. Die gleichzeitige Einnahme nitrathaltiger Medikamente ist absolut verboten, weil sich zwischen diesen und PD-5-Hemmern ein stark blutdrucksenkender synergistischer Effekt mit potenziell letalem Ausgang entwickeln kann. Es muss hier betont werden, dass auch Patienten, die Nitroglycerin-Kapseln als Reserve auf sich tragen, als «Nitrat-Verbraucher» gelten! Die Nebenwirkungen werden zusammen genommen bei etwa 20 Prozent beobachtet und sind meistens mild und vorübergehender Natur: Kopfschmerzen, Erröten der Gesichtshaut, Magenbeschwerden, Schwellung der Nasenschleimhäute et cetera. Nur bei wenigen Patienten müssen die Medikamente wegen der Intensität der Nebenwirkungen abgesetzt werden. Alle PD-5-Hemmer wirken in Abhängigkeit von der verwendeten Dosis und von der Schwere

Management von Patienten mit Erektionsstörungen durch den Hausarzt

der Erektionsstörung bei 55 bis 85 Prozent der Patienten. Obwohl es keine direkte und v.a. industrieunabhängige (!) Vergleichsstudien gibt, geht man heute davon aus, dass alle drei PD-5-Hemmer ungefähr gleich wirksam sind. Eine Dosisanpassung und bis zu acht Dosierungen sind manchmal notwendig, um den maximalen Effekt zu erreichen.

Sildenafil (Viagra)

Sildenafil wurde im Juni 1998 in der Schweiz zugelassen. Die Wirkung setzt zirka eine Stunde nach der Einnahme ein und dauert vier bis fünf Stunden an. Dieses Medikament existiert in Tabletten zu 25, 50 und 100 mg. Die Anfangsdosis beträgt in aller Regel 50 mg. Durch gleichzeitige Alkohol- oder Nahrungseinnahme (fette Speisen!) kann die Wirkung abgeschwächt werden. Sechs Jahre nach Markteinführung und 25 Millionen Rezepte später hat sich Sildenafil als wirksam und sicher erwiesen. Die Akzeptanz seitens der Patienten ist insofern gross, als sie Sildenafil anderen Behandlungsmethoden wie Gel in der Harnröhre, Spritzen in den Schwellkörper, Vakuumpumpe, Revascularisierungsoperationen oder Penisprothese klar vorziehen. Sildenafil ist deshalb weltweit zum «Goldstandard» in der Behandlung von Erektionsstörungen geworden.

Vardenafil (Levitra)

Vardenafil wurde im Oktober 2003 in der Schweiz zugelassen. Wirkung, Interaktionen und Nebenwirkungen gleichen denen von Sildenafil, der Wirkungseintritt ist aber etwas schneller als bei Sildenafil. Durch eine höhere Affinität der Substanz zum Rezeptor sind geringere Mengen Wirkstoff notwendig, um gleiche Wirksamkeit zu erreichen. Interaktionen mit Alkohol- und Nahrungsaufnahme gibt es keine. Es werden 10- (Startdosis) und 20-mg-Tabletten angeboten.

Tadalafil (Cialis®)

Tadalafil wurde im Juni 2004 in der Schweiz zugelassen. Dieses Medikament unterscheidet sich durch seine Wirkungs- dauer von 24 bis 36 Stunden mit Wir-

kungseintritt ein bis zwei Stunden nach Einnahme. Das bedeutet, dass nach der Einnahme der Tablette der Patient während der folgenden 24 bis 36 Stunden deren Wirkung nützen kann. Tadalafil soll aus diesem Grund ein spontaneres Sexualleben erlauben, da die sexuelle Aktivität nicht mehr innerhalb einer vorgegebenen und für einige Patienten als relativ kurz empfundenen Zeit stattfinden muss. Die Aufnahme von Tadalafil im Darm wird durch gleichzeitige Nahrungs- oder Alkoholeinnahme nicht beeinflusst. Die Tablette ist in einer 10- (Startdosis) und in einer 20-mg-Dosierung erhältlich. Sehstörungen treten bei diesem Medikament nicht auf, dafür selten milde Rückenbeschwerden und Muskelschmerzen.

Apomorphin (Uprima®)

Apomorphin ist im Frühling 2002 in der Schweiz zugelassen worden. Apomorphin ist ein Dopaminagonist und wirkt im Sexualzentrum des Gehirns, indem die zur Peripherie geschickten Impulse gesteigert werden. Die Tablette wird etwa 20 Minuten vor sexueller Aktivität unter die Zunge platziert, wo sie sich langsam auflöst und über die Schleimhaut aufgenommen wird. Nitrate sind keine Kontraindikation. Die häufigste Nebenwirkung ist Übelkeit, gefolgt von Kopfschmerzen und Unwohlsein. Die Wirksamkeit liegt aber deutlich unter jener der PD-5-Hemmer. Ein Erfolg ist mit Apomorphin nur bei Patienten mit milder ED zu erwarten. Apomorphin wurde in der Schweiz von den PD-5-Hemmern so stark vom Markt verdrängt, dass die Firma Ende 2004 das Medikament zurückgezogen hat.

Schlussfolgerungen

Heute stehen dem Grundversorger mehrere orale Medikamente zur Behandlung von Erektionsstörungen zur Verfügung. Diese erlauben immer bessere und individualisierte Therapien. Die Nachfrage nach einer Behandlung von Erektionsstörungen wird weiter zunehmen, und die Ansprüche an die Therapie werden weiter steigen. Der Erfolg, insbesondere der Langzeiterfolg, steht und fällt mit der

massgeschneiderten Behandlung. Diese kann sich nicht auf das Verschreiben von Medikamenten beschränken, sondern muss auf Lebensumstände, Begleiterkrankungen und Erwartungen der Patienten (besser des Paares) Rücksicht nehmen und kann daher nur in ganzheitlichem Rahmen erfolgreich sein. ●

Literaturangaben auf Anfrage bei den Autoren.

Korrespondenzadresse:

1. PD Dr. med. R. Casella
Chefarzt
Urologische Klinik
Zentrumspital Biel
Vogelsang 84
2501 Biel
Tel. 032-324 32 06
Fax 032-324 32 19

E-Mail: roberto.casella@szb-chb.ch

2. Dr. med. Kurt Lehmann
Urologische Abteilung
Kantonsspital Baden

Interessenkonflikte: Beide Autoren sind Mitglieder des Advisory Board folgender Firmen: Bayer, Lilly, Pfizer.