

## An KHK denken

## Patient klagt über erektile Dysfunktion – wie weiter?

**Bei erektiler Dysfunktion spielt die Interaktion zwischen Hausarzt und Urologe eine wichtige Rolle. Denn einerseits kann dem Patienten mit effizienten Therapien geholfen werden. Andererseits sollte aber gleichzeitig auch eine koronare Herzkrankheit (KHK) abgeklärt werden, wie PD Dr. Askhan Mortezaei, Urologie, Universitätsspital Basel, am FOMF Allgemeine Innere Medizin in Basel ausführte.**

z/vg



Askhan Mortezaei

Erektile Dysfunktion ist schambehaftet. Auch 24 Jahre nach der Einführung der PDE-5-Hemmer würden nur etwa 25 Prozent der Betroffenen mit einem Arzt darüber sprechen, und dies im Durchschnitt erst nach 2 Jahren, berichtete Mortezaei. Tritt die erektile Dysfunktion grundsätzlich in allen Altersklassen auf, nimmt sie jedoch in der zweiten Lebenshälfte ab etwa 60 Jahren mit steigendem Alter zu. Bei über 70-Jährigen ist etwa die Hälfte der Männer davon betroffen, bei 75-Jährigen sind es etwa drei Viertel (1). Das ist relevant für die Lebensqualität, denn mehr als die Hälfte der Männer über 70 Jahre gibt an, ein sexuelles Interesse zu haben (1), und ist auch sexuell aktiv (2).

**Organisch oder psychogen?**

Eine erektile Dysfunktion liegt bei einer mehr als 6 Monate bestehenden oder wiederholt auftretenden Unfähigkeit vor, eine ausreichende Erektion für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr zu erreichen und/oder aufrechtzuerhalten. Die Ursache könne psychogener Natur sein; meist sei sie rein organisch oder gemischt, so der Referent. Als Unterscheidungsmerkmal dient beispielsweise die morgendliche Erektion, die bei organischer Ätiologie ausbleibt, bei psychogenen Ursachen jedoch vorhanden ist (Tabelle 1).

Bei Männern mit organisch bedingter erektiler Dysfunktion sind in 40 Prozent der Fälle vaskuläre Störungen dafür verantwortlich, die zu einem verminderten Perfusionsdruck führen. Bei 30 Prozent besteht eine Diabeteserkrankung mit neuropathischen Komplikationen, und bei 15 Prozent

führen Nebenwirkungen von Medikamenten zu diesen Symptomen (3).

Sehr häufig ist eine erektile Dysfunktion als Erstmanifestation einer systemischen Gefässerkrankung ein Vorläufer einer KHK. Das zeigte eine Untersuchung von 300 Patienten mit akuten Thoraxschmerzen und angiografisch dokumentierter KHK. Bei den Patienten, die zusätzlich eine erektile Dysfunktion hatten (49%), trat die KHK bei den meisten nach etwa 3 Jahren (38,8 Monate) nach den ersten Symptomen der erektilen Dysfunktion auf (4).

Aus einer Metaanalyse mit 12 prospektiven Kohortenstudien geht weiter hervor, dass bei Männern mit einer erektilen Dysfunktion, verglichen mit solchen ohne erektile Dysfunktion, ein signifikant höheres Risiko für eine KHK (1,46), für einen Hirnschlag (1,35) und für Tod jeglicher Ursache (1,19) besteht (5).

**Therapieoptionen**

Klagt der Patient über eine erektile Dysfunktion, sollten ergänzend zur Behandlung dieser Symptome auch kardiometabolische Parameter wie beispielsweise Blutdruck und Blutzucker kontrolliert werden. Denn die Risikofaktoren einer erektilen Dysfunktion sind die gleichen wie für vaskuläre Erkrankungen: Hypertonie, Diabetes, Dyslipidämie, Rauchen, übermässiger Alkoholkonsum und Übergewicht.

Ist bereits eine KHK vorhanden, muss bei instabilem Zustand (NYHA III–IV) vorerst von einer sexuellen Aktivität abgesehen werden. Denn diese benötige etwa gleich viel Energie wie Fensterputzen oder Staubsaugen, so der Referent.

Wird eine Therapie der erektilen Dysfunktion initiiert, sollte vorher die Erwartungshaltung des Patienten erfragt werden. Bei den meisten Männern stünden Verlässlichkeit und Sicherheit im Vordergrund; Wirkdauer und Preise seien ihnen weniger wichtig, so Mortezaei. Die First-line-Therapie besteht aus dem Einsatz von PDE-5-Hemmern. Dazu gehören Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil und Avanafil (Tabelle 2). Sildenafil, Vardenafil und Avanafil haben eine kurze Halbwertszeit (zwischen 3 und 6 h) im Vergleich zu Tadalafil (17,5 h). Die Wirkung setzt in der Regel zwischen einer halben und 2 Stunden nach Einnahme ein; die Ausnahme bildet Avanafil, das bereits nach 15 bis 30 Minuten zu wirken beginnt. Hinsicht-

**KURZ & BÜNDIG**

- ▶ Sexualität ist auch für ältere Menschen wichtig.
- ▶ Erektile Dysfunktion und kardiovaskuläre Erkrankungen haben gemeinsame Risikofaktoren.
- ▶ Bei Patienten mit erektiler Dysfunktion soll eine KHK abgeklärt werden.

Tabelle 1:

**Ätiologie der erektilen Dysfunktion**

psychogen	organisch
plötzlicher Beginn	schleichender Beginn
unmittelbar vollständiger Verlust	progressive Verschlechterung
situationsbedingte Dysfunktion	globale Dysfunktion
morgendliche Erektion erhalten	morgendliche Erektion nicht vorhanden

Quelle: A. Mortezaei, FOMF 2023, Basel

lich Nebenwirkungen sind die PDE-5-Hemmer in der Regel gut verträglich: Alle 4 Präparate können Kopfschmerzen auslösen; unter Sildenafil kann es zusätzlich zu Sehstörungen und Flushs kommen, unter Tadalafil zu Rückenschmerzen und Reflux.

**Wenn ein PDE-5-Hemmer nicht wirkt**

Bevor die Therapie wegen Wirkungslosigkeit abgebrochen wird, empfiehlt der Experte, mit dem Patienten einige Punkte zu überprüfen. Für einen Effekt braucht es zwingend eine sexuelle Stimulation, die eine Freisetzung von NO induziert. Eine gleichzeitige Nahrungsaufnahme verzögert bei Sildenafil und Vardenafil den Wirkeintritt. Die Dosis muss vielleicht gesteigert werden. Im Gegensatz zu den bedarfsweise eingesetzten PDE-5-Hemmern kann Tadalafil (5 mg) täglich eingenommen werden, womit eine spontane Sexualfunktion möglich wird.

Für ein optimales Ergebnis braucht es aber Übung, das heisst etwa 9 bis 10 Versuche. Wenn nach mindestens 4 Versuchen kein befriedigendes Ergebnis erzielt werden, kann von Non-Response gesprochen werden. In diesem Fall kann ein Therapieversuch mit einem anderen PDE-5-Hemmer unternommen und bei weiterer Erfolglosigkeit und entsprechender Klinik ein Testosteronmangel ausgeschlossen werden. Bringen orale Therapien nicht den gewünschten Erfolg, kann eine transurethrale Medikation (Prostaglandin E1) oder eine Penisinjektionstherapie mit Alprostadil zum Einsatz kommen. Als Ultima Ratio gibt es noch die Option eines chirurgischen Penisimplantats. ▲

**Valérie Herzog**

Quelle: «Erektile Dysfunktion», FOMF Allgemeine Innere Medizin, 27.1.2023 in Basel.

## Referenzen:

1. Bucher T: Sexualität in der zweiten Lebenshälfte. Z Sexualforsch. 2003;16(3):249-270.
2. Rosen R et al.: Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). Eur Urol. 2003;44(6):637-649.
3. Goldstein I: Male sexual circuitry. Working group for the study of central mechanisms in erectile dysfunction. Sci Am. 2000;283(2):70-75.
4. Montorsi F et al.: Erectile dysfunction prevalence, time of onset and association with risk factors in 300 consecutive patients with acute chest pain and angiographically documented coronary artery disease. Eur Urol. 2003;44(3):360-365.
5. Jackson G: Erectile dysfunction and coronary disease: evaluating the link. Maturitas. 2012;72(3):263-264.

Tabelle 2:

**PDE-5-Hemmer im Vergleich**

	Sildenafil	Tadalafil	Vardenafil	Avanafil
C <sub>max</sub>	0,8–1 h	2 h	0,9 h	0,5–0,75 h
T <sub>max</sub>	2,6–3,7 h	17,5 h	3,9 h	6–17 h
Wirkbeginn	30–60 min	30–120 min	30–60 min	15–30 min
Halbwertszeit	3–5 h	17,5 h	4,5 h	5 h
fettiges Essen	verzögerte Aufnahme	kein Effekt	verzögerte Aufnahme	kein Effekt
<b>Nebenwirkungen</b>				
Kopfschmerzen	12,8%	14,5%	16%	9,3%
Reflux	4,6%	12,3%	4%	unüblich
Gesichtsflush	10,4%	4,1%	12%	3,7%
Rückenschmerzen	nein	ja	nein	< 2%
Sehstörung	ja	nein	selten	nein
Nitrate kontraindiziert	ja	ja	ja	ja

Quelle: A. Mortezaei, FOMF 2023, Basel