

«80 Prozent aller Erektionsstörungen sind organisch bedingt»

Der Urologe Frank Sommer beantwortet Fragen zur Therapie von Erektionsstörungen

Der Urologe und Privatdozent Dr. Frank Sommer leitet die grösste deutsche andrologische Sprechstunde an der Universität Köln. In einem Interview äussert er sich zu praktischen Fragen der Therapie von Erektionsstörungen, insbesondere zum Einsatz von PDE-5-Inhibitoren.

ARS MEDICI: Erektionsstörungen werden oft als Lifestyle-Krankheit abgetan. Trifft diese kritische Bemerkung Ihrer Meinung nach zu?

Sommer: Nein, Erektionsstörungen beurteile ich nicht als Lifestyle-Krankheit. Heute wissen wir, dass Erektionsstörungen viele Krankheiten in der Männergesundheit widerspiegeln. So sind über 80 Prozent davon organischen Ursprungs. Deshalb arbeiten auch Urologen, Kardiologen und Hausärzte eng zusammen. Zudem ist Lebensqualität mehr als nur Lifestyle. Die Lebensqualität eines Mannes, der unter Erektionsstörungen leidet, kann dank einer Therapie wieder wesentlich gesteigert werden. Ärzte müssen verstehen, dass Erektionsstörungen keine Lifestyle-Erkrankung sind. Die Behebung von Erektionsstörungen muss aus medizinischer Sicht beurteilt werden.

In welchen Fällen sind PDE-5-Inhibitoren angezeigt?

Im Prinzip bei allen Männern mit erektiler Dysfunktion, bei denen die sexuelle Stimulation noch vom Gehirn gesteuert werden kann, also zum Beispiel auch nach einer radikalen Prostatektomie, sofern genügend Nerven bei der Operation verschont blieben. Diabetiker, eine Gruppe, bei der die Prävalenz zwei- bis dreimal häufiger als bei Nichtdiabetikern ist, können davon profitieren, wie auch Männer mit Herz-Kreislauf-Problemen, sofern sie in einer genügend guten körperlichen Verfassung sind und keine nitrithaltigen Medikamente oder NO-Donatoren verwenden. Interessanterweise wird übrigens bei Patienten, die infolge einer erektilen Dysfunktion den Arzt aufsuchen, in 20 Prozent aller Fälle ein Diabetes erstdiagnostiziert. Das zeigt, dass es bei Erektionsstörungen im Endeffekt um die Männergesundheit geht. Wenn die Ursachen der erektilen Dysfunktion psychischen Ursprungs sind, können PDE-5-Inhibitoren die Erektion verbessern und gleichzeitig zu einer Verbesserung der psychischen Verfassung beitragen.

ARS MEDICI: Mittlerweile gibt es drei PDE-5-Inhibitoren auf dem Markt: Sildenafil, Vardenafil und Tadalafil. Wie unterscheiden sich die Substanzen voneinander?

Sommer: Vardenafil und Sildenafil haben ein ähnliches Wirkungsprofil, wobei



Privatdozent Dr. Frank Sommer

Vardenafil die maximale Plasmakonzentration früher erreicht, nämlich nach etwa 40 Minuten, verglichen mit 70 Minuten für Sildenafil. Tadalafil unterscheidet sich dagegen klar: Die Halbwertszeit liegt mit etwa 17 Stunden, verglichen mit 4 bis 5 für Vardenafil und Sildenafil, wesentlich höher. Die maximale Plasmakonzentration wird nach etwa zwei Stunden erreicht, wobei eine Wirksamkeit oft schon vor Erreichen der Spitzenkonzentration gegeben ist. Auch die Wirkpotenz zeigt Unterschiede. Sie ist umgekehrt proportional zur Produktkonzentration, die es braucht, um ein Enzym zu inhibieren. Labormessungen zufolge ist Vardenafil der potenteste PDE-5-Inhibitor, gefolgt von Sildenafil und Tadalafil.

«80 Prozent aller Erektionsstörungen sind organisch bedingt»

Bei 20 Prozent der Patienten, die infolge einer erektilen Dysfunktion den Arzt aufsuchen, wird ein Diabetes mellitus erstmals diagnostiziert.

ARS MEDICI: Eine Hauptursache für die erektile Dysfunktion ist die koronare Herzkrankheit. Welcher Zusammenhang besteht zwischen den Erkrankungen, und wie wirkt sich die Einnahme von PDE-5-Inhibitoren in diesen Fällen aus?

Sommer: Aufgrund von Studien wissen wir, dass Männer mit Erektionsstörungen vier bis sechs Jahre nachdem die durch Gefäßprobleme bedingten Erektionsstörungen aufgetreten sind gehäuft einen Herzinfarkt oder eine Herzinsuffizienz erleiden. Mit der Untersuchung von Erektionsstörungen haben wir – Urologen, Kardiologen und Hausärzte – demnach ein ganz wichtiges Diagnoseinstrument in der Hand.

Zur Einnahme von PDE-5-Inhibitoren: Wir haben in Köln eine Studie durchgeführt, in der Patienten über ein Jahr lang täglich einen PDE-5-Inhibitor bekommen haben. Dabei stellten wir fest, dass allem Anschein nach das gesamte Gefäßsystem im Körper von einer Therapie profitiert. Wahrscheinlich hat nicht nur die Penisdurchblutung nach einem Jahr sehr stark zugenommen, sondern auch die Durchblutung im restlichen Körper. Speziell beachten sollte man allerdings Patienten mit kardiovaskulären Problemen: Der Einsatz eines PDE-5-Inhibitors mit langer Wirkungsdauer, also Tadalafil, kann hier wegen der Kontraindikationen problematisch sein und ist meiner Meinung nach in diesen Fällen nicht indiziert.

ARS MEDICI: Wie steht es um die Nebenwirkungen der drei PDE-5-Inhibitoren?

Sommer: Neben PDE-5 gibt es noch andere PDEs im Körper, die je nach Selektivität

auch von einem PDE-5-Inhibitor mehr oder weniger blockiert werden können. Hier spielen vor allem die in der Retina vorkommende PDE-6 und die unter anderem in Skelett- und Herzmuskulatur vorhandene PDE-11 eine Rolle. Die in einigen Fällen vorkommenden Sehstörungen und Muskelschmerzen werden auf die Inhibition von PDE-6 respektive PDE-11 zurückgeführt.

Es ist offenbar von Vorteil, wenn das eingesetzte Präparat schon in niedriger Dosis ausreichend wirksam ist, also die Maximaldosis umgangen werden kann. Bei hoher Selektivität und Potenz ist die Wahrscheinlichkeit von Interaktionen mit anderen PDE geringer. Die drei Produkte unterscheiden sich diesbezüglich voneinander. Für genaue Zahlen verweise ich an dieser Stelle auf die Literatur. Die Nebenwirkungen sind generell aber vorwiegend von leichter bis mässiger Art und lassen nach längerer Therapiedauer oft nach oder verschwinden ganz. Es kann deshalb sinnvoll sein, die Behandlung trotz anfänglicher Probleme fortzusetzen. Dieser Umstand muss dem Patienten vor Beginn der Therapie erklärt werden.

ARS MEDICI: Ausgehend von den erwähnten Eigenschaften: Welches Produkt ist für welchen Patienten geeignet?

Sommer: All jene, bei denen der Sex mehr oder weniger planbar ist, nehmen mit Vorteil ein Medikament mit einer kürzeren Halbwertszeit, also Sildenafil oder Vardenafil. Paare, die spontan Sex haben möchten, aber nicht ein zwei Tage wirkendes Medikament schlucken wollen, brauchen eine schnell wirkende Substanz,

die verlässlich wirkt. Für die Übrigen bietet das sehr lange wirkende Tadalafil eine Alternative. Ganz allgemein gilt aber: Bei Problemen aufgrund möglicher Nebenwirkungen oder bei einem kardiovaskulären Risikoprofil lieber ein Medikament mit einer kürzeren Halbwertszeit verwenden!

ARS MEDICI: Sie haben eine Präferenzstudie mit den drei PDE-5-Inhibitoren geleitet. Für das Design der Studie erhielten Sie den Wissenschaftspreis auf dem letzten europäischen Urologenkongress. Was sagen solche Vergleichsstudien aus, und wie lauteten die Ergebnisse Ihrer Studie?

Sommer: Präferenzstudien zeigen ganz einfach, was Patienten wirklich wollen. Unsere Ergebnisse haben gezeigt, dass PDE-5-Inhibitoren im Allgemeinen sehr gut wirken, das heisst bei rund 80 Prozent der Patienten, egal, um welches Produkt es sich handelt. Trotzdem gibt es bei den Präferenzen klare Tendenzen: Ein rascher Wirkungseintritt und eine starke Wirkung waren für eine Mehrzahl ausschlaggebend für die Wahl. Die Studie umfasste zwei getrennte Untersuchungen, zum einen mit der Maximaldosierung, zum anderen mit der empfohlenen Anfangsdosierung. Unter der Anfangsdosierung sprachen sich 50 Prozent für Vardenafil, 31 Prozent für Sildenafil und 19 Prozent für Tadalafil aus. Die Resultate für die Maximaldosis lauteten: 43 Prozent präferierten Vardenafil, 17 Prozent Sildenafil und 40 Prozent Tadalafil. Man muss bei diesen Zahlen aber bedenken, dass es sich hier um Zwischenergebnisse handelt und die vollständige Auswertung noch aussteht. Es sind also noch gewisse Veränderungen in den Prozentzahlen möglich. Sicher lässt sich aber bereits zu diesem Zeitpunkt sagen, dass Tadalafil in der Anfangsdosis und Sildenafil

Paare, die spontan Sex haben möchten, aber nicht ein zwei Tage wirkendes Medikament schlucken wollen, brauchen eine schnell wirkende Substanz, die verlässlich wirkt.

«80 Prozent aller Erektionsstörungen sind organisch bedingt»

☞ *Alle drei verfügbaren PDE-5-*

Inhibitoren wirken sehr gut.

Hinsichtlich der Präferenz der Anwender

gibt es aber Unterschiede. ☞

fil in der Maximaldosis ihre nachrangige Position rein rechnerisch nicht mehr werden aufholen können.

ARS MEDICI: Welche Schlüsse konnten Sie aus dem Sexualverhalten der Patienten konkret bezüglich Wirkungsprofil eines PDE-5-Inhibitors ziehen? Wo liegen die Präferenzen?

Sommer: Das «Window of opportunity», also die Zeitspanne, während der eine Substanz wirkt, spielt in der Fantasie der Männer interessanterweise eine Rolle. De facto läuft es aber in der Praxis oft folgendermassen: Der Mann fängt an, Intimitäten aufzubauen, und möchte ein Medikament haben, das sofort wirkt! Vermutlich deshalb entschieden sich die meisten unserer bislang ausgewerteten Probanden für das schnell wirksame Vardenafil mit einem kürzeren Wirkungsfenster. Dies auch deshalb, weil die Patienten Angst vor den Nebenwirkungen haben. Ein lang wirkendes Medikament kann auch länger andauernde Nebenwirkungen haben – so die Assoziationen der Patienten.

ARS MEDICI: Worauf muss bei der Beratung des Patienten und der darauffolgenden Behandlung besonders geachtet werden?

Sommer: Grundsätzlich gilt: Erektionsstörungen spiegeln viele andere Krankheiten wider. Ein Arzt soll deshalb seine männlichen Patienten auf Erektionsstörungen ansprechen! Vor allem auch, um die zwei wesentlichen Volkskrankheiten, Diabetes mellitus und koronare Herzkrank-

heiten, aufdecken zu können. Er muss Kontraindikationen ausschliessen. Das heisst abklären, ob der Patient nitrithaltige Medikamente oder NO-Donatoren zu sich nimmt. Wenn ein Patient einen PDE-5-Inhibitor haben möchte, kann der Arzt kontraindizierte Medikamente durch eine wirkungsäquivalente Alternative ersetzen.

Des Weiteren – und das gilt wiederum für alle PDE-5-Inhibitoren – sollte ein Schlaganfall oder Herzinfarkt mindestens drei bis sechs Monate zurückliegen. Der Patient muss sich gut regeneriert haben. Sexualität beinhaltet ja auch eine körperliche Anstrengung. Besonders wichtig ist, dem Patienten die genaue Wirkungsweise und die unterschiedlichen Wirkungsprofile der einzelnen Medikamente mit allen Vor- und Nachteilen zu erklären. Bei Patienten, die schon lange Probleme mit ihren Erektionen hatten, kann es nötig sein, das Medikament über einen längeren Zeitraum einzunehmen, bevor sich eine zufrieden stellende Erektion einstellt. Generell rate ich meinen Patienten, das erste Mal eine Pille ohne sexuellen Absichten zu nehmen. So können sie sich mit der Wirkung und allfälligen Nebenwirkungen ohne äusseren Druck vertraut machen.

ARS MEDICI: Welche Rolle spielt die Partnerin in der Behandlung?

Sommer: Eine sehr wichtige. Deshalb sollte bei der Behandlung von Erektionsstörungen das Paar ins Zentrum gestellt werden. Wenn ein Mann nach einer langen Zeit ohne Intimitäten dank eines Medikamentes wieder eine Erektion bekommen kann und den sexuellen Kontakt zur Partnerin sucht, entstehen aus dieser Si-

tuation grosse psychologische Probleme: Intimitäten gab es lange nicht mehr, man hat sich auseinander gelebt, sich arrangiert, und plötzlich kommt der Mann mit seiner Erektion! Die Erwartungen des Paares sind in solchen Fällen sehr unterschiedlich. Es muss zuerst wieder eine gemeinsame Basis gefunden werden. In solchen Fällen ist es wichtig, eine gemeinsame Gesprächsführung zu beginnen, um zu sehen, ob es überhaupt noch einen gemeinsamen Nenner gibt. Manche Partne-

☞ *Besonders wichtig ist,*

dem Patienten die genaue

Wirkungsweise und die

unterschiedlichen Wirkungsprofile

der einzelnen Medikamente

mit allen Vor- und Nachteilen

zu erklären. ☞

rinnen haben zudem Angst, dass das Medikament dafür zuständig ist, dass ihr Partner eine Erektion kriegt. Es ist deshalb sehr wichtig zu kommunizieren, dass eine Erektion nur dann möglich ist, wenn die Partnerin respektive die sexuelle Stimulation da ist. ●

Interessenlage: Dr. Sommer führte Studien mit allen drei zugelassenen PDE-5-Inhibitoren durch. Die erwähnte Kölner Präferenzstudie wurde aus dem Forschungsetat der urologischen Klinik der Universität Köln finanziert.