

# Wenn im Bett nichts mehr geht

## Erektionsstörungen bei Diabetes mellitus

**Diabetiker sind überdurchschnittlich häufig und überdurchschnittlich schwer von Erektionsstörungen betroffen, wodurch ihre Lebensqualität zusätzlich beeinträchtigt wird. Die meisten Männer scheuen sich dennoch, dieses Problem bei ihrem Hausarzt anzusprechen. Im Folgenden soll gezeigt werden, warum es so wichtig ist, die Sexualfunktion vor allem bei Diabetikern zu erfassen, wie das einfach und zeitsparend gemacht werden kann und welche therapeutischen Möglichkeiten derzeit zur Verfügung stehen.**

Volker Moll

Erektionsprobleme werden mit zunehmendem Alter häufiger und beeinträchtigen nicht nur die Lebensqualität des Betroffenen, sondern belasten oft auch die Paarbeziehung. Die multifaktorielle Ätiologie der erektilen Dysfunktion (ED) erhöht gleichzeitig das kardiovaskuläre Risiko. In einer Studie wurden bei rund der Hälfte bis anhin unbehandelter impotenter Männer signifikante Koronarstenosen nachgewiesen. Somit sollte die ED als Frühsymptom einer sich entwickelnden kardiovaskulären Erkrankung unbedingt immer anamnestisch erfasst werden.

Diabetiker haben ein etwa vierfach erhöhtes Risiko, eine ED zu erleiden. Rund zwei Drittel der Patienten weisen Erektionsstörungen auf, jeder vierte Patient kann keine Erektion mehr aufbauen. Die Ursachen für die ED bei Diabetikern sind vielfältig (Tabelle 1).

### MERKSÄTZE

- ▶ Die erektile Dysfunktion (ED) sollte als Frühsymptom einer sich entwickelnden kardiovaskulären Erkrankung stets anamnestisch erfasst werden.
- ▶ Diabetiker haben ein etwa vierfach erhöhtes Risiko, eine ED zu erleiden.
- ▶ Erste Wahl für die Behandlung der ED (Bedarfs- oder Konstanztherapie) sind gemäss aktuellen Leitlinien PDE-5-Hemmer.
- ▶ Bei Therapieversagern muss ein Hypogonadismus ausgeschlossen werden. Eine Testosteronsubstitution sollte nur bei erniedrigten Testosteronspiegeln und Vorliegen einer entsprechenden Hormonmangelsymptomatik vorgenommen werden. Alternativ können mechanische (Vakuumpumpe) und medikamentöse Verfahren (MUSE, SKAT) sowie gefässchirurgische Massnahmen oder die Implantation von Schwellkörperprothesen infrage kommen.

### Wie kann man Erektionsstörungen effizient erfassen?

Nur wenige Betroffene sprechen von sich aus ihre Probleme beim Arzt an. Das resultiert nicht nur aus der Scham, über Sexualität im Allgemeinen zu sprechen oder zuzugeben, selbst Erektionsprobleme zu haben. Vielen Männern fehlen oft einfach die Worte, ihre Beschwerden zu schildern. Leider wird dieses Thema von den meisten Kollegen ebenfalls nicht angesprochen, vielfach aus Angst, hier ein Fass aufzumachen, dessen Bearbeitung den Zeitrahmen des Terminkalenders sprengt.

Dabei wäre der Gesprächseinstieg gerade bei dieser Risikopopulation ganz einfach. Fragen wie «Viele Diabetiker haben Erektionsstörungen. Haben Sie auch Beschwerden in dieser Hinsicht?» könnten dem Patienten Gelegenheit geben, sich für dieses Thema zu öffnen. Manche Patienten fühlen sich von solchen Fragen auch überrumpelt, weshalb eine gewisse «Vorwarnung», zum Beispiel durch entsprechende Fragen in Anamnesebögen oder die Verwendung von Plakaten, Schreibtafeln oder Flyern, wie sie vielfältig von der Industrie angeboten werden, sinnvoll ist. Wenn so mancher Patient auch nicht direkt auf die Frage nach seiner Sexualität eingeht, so registrieren sicher alle, dass ihr Arzt für dieses Thema offen ist, und kommen häufig bei einer der nächsten Konsultationen darauf zurück.

Eine strukturierte und empathische Gesprächstechnik sowie die Verwendung eines eindeutigen, laienverständlichen Vokabulars helfen bei der effizienten und vor allem zeitsparenden Bearbeitung des Problems. Allein über die sexuellen Nöte gesprochen zu haben und zu erfahren, nicht damit allein zu sein, hilft vielen Männern ganz enorm und schafft dankbare Patienten.

### Wie kann man Erektionsstörungen effizient behandeln?

In der Therapie stehen nach den aktuellen Leitlinien PDE-(Phosphodiesterase-)5-Hemmer an erster Stelle. Derzeit

Tabelle 1:

**Ursachen für erektile Dysfunktion bei Diabetikern**

- ▲ Mikro- und Makroangiopathie
- ▲ Neuropathie
- ▲ endotheliale Dysfunktion
- ▲ kardiovaskuläre Begleiterkrankungen
- ▲ Hormonstörungen (Hypogonadismus)
- ▲ psychologische Faktoren

stehen vier Substanzen zur Wahl: Avanafil, Sildenafil, Tadalafil und Vardenafil. Die unterschiedliche Pharmakokinetik der Präparate erlaubt es, die Behandlung gemäss den individuellen Patientenbedürfnissen entsprechend masszuschneiden (Tabelle 2).

Grundsätzlich gibt es zwei Therapiekonzepte:

- ▲ Bei der Bedarfstherapie wird das Medikament eine gewisse Zeitspanne vor der sexuellen Aktivität eingenommen. Die tägliche Einnahme des Präparats zur Konstanztherapie stellt nach etwa fünf Tagen den erektionsfördernden Effekt permanent zur Verfügung. Studien haben gezeigt, dass die meisten Männer Sexualität nicht planen möchten. In der Bedarfstherapie kann einerseits die unterschiedliche Latenzzeit zwischen der Einnahme der einzelnen Präparate und dem Eintritt der Wirkung (Tabelle 2) zur Beratung herangezogen werden. Andererseits könnte auch die Verordnung des Präparats mit der längsten Wirkdauer («Wochenendpille») für einzelne Patienten von Vorteil sein.
- ▲ Bei der Konstanztherapie entfallen die Notwendigkeit, die Sexualität zu planen, sowie gleichzeitig die psychologisch nachteilige Erinnerung an das Potenzproblem als solches. Ferner kommt es unter Konstanztherapie zusätzlich häufiger auch zu stärkeren und häufigeren nächtlichen und Morgenerektionen, was neben einem Schwellkörpertraining auch einen positiven Effekt auf das Selbstbewusstsein der Männer mit sich bringt.

In der Beratung sollte nicht zuletzt auch auf das Preisgefüge der Präparate hingewiesen werden, zumal durch Patentablauf der Originale zunehmend deutlich preisgünstigere Generika auf den Markt gebracht werden.

Die Erfolgsraten der PDE-5-Hemmer-Therapie liegen bei Diabetikern niedriger als bei Nichtdiabetikern, aber dennoch bei über 50 Prozent, bezogen auf erfolgreichen Geschlechtsverkehr, und bei rund 75 Prozent, bezogen auf eine Verbesserung. Männer mit niedrigeren HbA<sub>1c</sub>-Werten zeigen signifi-

kant höhere Erfolgsraten – eine Tatsache, die vielleicht bei dem einen oder anderen zu einer Steigerung der Compliance in ihrer Diabetestherapie führen könnte. Bei gleichzeitiger Einnahme der kurz wirksamen PDE-5-Hemmer mit Alkohol und fettreicher Nahrung kann es zu einer Verzögerung und Abschwächung des Effekts kommen (Tabelle 3).

**Was tun bei Therapieversagern?**

Therapieversager können vielfach durch gute Beratung vermieden werden (5-Finger-Regel):

- ▲ Es gibt drei Therapiemöglichkeiten: kurz, lang und konstant wirksam.
- ▲ Halten Sie bei der Bedarfsmedikation eine adäquate Zeit zwischen Tabletteneinnahme und sexueller Aktivität ein. Bei täglicher Einnahme tritt die Wirkung nach ca. 5 Tagen ein. Vorsicht mit Alkohol und fettreicher Nahrung!
- ▲ Das Medikament wirkt nur im Zusammenhang mit sexueller Stimulation.
- ▲ Wenn das Bedarfsmedikament beim ersten Mal nicht gewirkt hat, probieren Sie es mehrfach – nur nicht am gleichen Tag.
- ▲ Ggf. ist bei der Bedarfsmedikation eine Dosissteigerung oder ein Präparatwechsel erforderlich.

Funktioniert die Therapie auch dann noch nicht, sollte ein Hypogonadismus ausgeschlossen werden, für den Diabetiker ebenfalls ein überdurchschnittlich hohes Risiko aufweisen (ca. 50% Betroffene!). Testosteron spielt nicht nur eine entscheidende Rolle für die Libido, es beeinflusst praktisch alle zentralnervösen Vorgänge vom Lustempfinden bis zur nervalen Steuerung der Erektion und bis zum molekularen Mechanismus, der letztlich zur Relaxation der glatten Schwellkörpermuskulatur führt. Die Bestimmung des Testosteronspiegels sollte wegen der zirkadianen Schwankung der Hormonkonzentration aus einer frühmorgens entnommenen Serumprobe erfolgen. Eine Testosteronsubstitution sollte nur bei erniedrigten Testosteronspiegeln und dem Vorliegen einer entsprechenden Hormonmangelsymptomatik vorgenommen werden.

Auch wenn es keine generell akzeptierten unteren Grenzwerte für die Hormonspiegel gibt, gilt hierbei folgender Konsens:

- ▲ **Gesamttestosteron < 8 nmol/l (230 ng/dl, 2,3 ng/ml):** Indikation für eine Testosteronersatztherapie (Patient profitiert)
- ▲ **Gesamttestosteron 8 bis 12 nmol/l:** wiederholte Bestimmung des Gesamttestosterons, Bestimmung des sexualhormonbindenden Globulins (SHBG) zur Berechnung des

Tabelle 2:

**Therapiekonzepte und verwendete PDE-(Phosphodiesterase-)5-Hemmer**

Konzept	Zeitfenster	Substanz	Dosierung	Latenzzeit
Bedarfstherapie, kurz wirksam	4–6 h	Avanafil	50–200 mg	15–60 min
		Sildenafil	25–100 mg	30–60 min
		Vardenafil	5–20 mg	30–60 min
Bedarfstherapie, lang wirksam	≤ 36 h	Tadalafil	10–20 mg	30–180 min
Konstanztherapie	konstant wirksam	Tadalafil	5 mg täglich	Eintritt des Effekts nach 5-tägiger Einnahme

Tabelle 3:

**Einfluss fettreicher Nahrung auf PDE-5-Hemmer**

PDE-5-Hemmer	C <sub>max</sub>	T <sub>max</sub>
Avanafil	↓ um 39%	Verzögerung um 1,5 h
Sildenafil	↓ um 29%	Verzögerung um 1 h
Vardenafil Filmtabletten	↓ um 20%	Verzögerung um 1 h
Tadalafil	kein Effekt	kein Effekt

C<sub>max</sub>: maximale Serumkonzentration

T<sub>max</sub>: Zeit bis zu ihrer Erreichung

freien Testosterons (wenn die Konzentration des Gesamttestosterons nicht zur Diagnose passt)

- ▲ **Gesamttestosteron > 12 nmol/l (350 ng/dl, 3,5 ng/ml):** keine Testosteronersatztherapie.

Die Hormonmangelsymptomatik sollte sich nicht allein auf sexuelle Symptome beziehen und kann zur Verlaufskontrolle sehr gut mit dem Ageing Male Symptom Score (AMS) nach Heinemann erfasst werden, bei dem die Domänen körperliche, psychische und sexuelle Beschwerden erfasst und quantifiziert werden.

Bei jüngeren Männern mit Kinderwunsch ist die Indikation zur Testosteronsubstitution besonders kritisch zu stellen (negatives Feedback auf die Spermiogenese). Optimale Ergebnisse liefern die transkutane Anwendung von Gels und Lö-

sungen sowie die Verwendung von Langzeitdepots. Eine regelmässige Kontrolle des erreichten Testosteronspiegels, der Prostata (prostataspezifisches Antigen [PSA]!) und des Hämatokrits sollte grundsätzlich erfolgen.

Für die verbliebenen Therapieversager stehen die Anwendung eines Erektionshilfssystems (Vakuumpumpe) oder von Prostaglandin E1 (Alprostadil) über die Harnröhre (medikamentöses urethrales System zur Erektion, MUSE) beziehungsweise als Schwellkörperautoinjektionstherapie (SKAT), gefässchirurgische Massnahmen oder die Implantation von Schwellkörperprothesen zur Verfügung. Spätestens hier sollte eine Überweisung zum Urologen erfolgen. ▲

Dr. med. Volker Moll

Facharzt für Urologie

Medikamentöse Tumorthherapie, fachgebundene genetische

Beratung, Männergesundheit cmi,

Belegarzt an der Stadtklinik im Diako

D-86150 Augsburg

Interessenlage: Der Autor erhielt Honorare für Beratertätigkeit von den Firmen Apogepha, Astellas, Berlin-Chemie, Lilly und Recordati sowie Honorare für Vorträge von Apogepha, Aristo, Astellas, Berlin-Chemie, Lilly, Jena-pharm, Medac und OmniaMed. Reisekostenübernahmen für Kongressbesuche wurden von Astellas, Bayer, Ipsen, Janssen-Cilag und Lilly geleistet. Darüber hinaus war der Autor an der Studiendurchführung von Astellas, Berlin-Chemie und Janssen-Cilag beteiligt.

Dieser Artikel erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 17/2019. Die leicht bearbeitete Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.