

Gründe für PDE-5-Hemmer-Einsatz unterschiedlich

Dunkelziffer der Anwender muss reduziert werden

Seit 20 Jahren sind PDE-5-Hemmer auf dem Markt, und die anfängliche Aufregung um sie hat sich weitgehend gelegt. Seither ist der Einsatz der PDE-5-Hemmer fester Bestandteil der Therapie bei erektiler Dysfunktion. Doch werden PDE-5-Hemmer auch von vielen Männern ohne Diagnose eingenommen, was Misserfolgen infolge inkorrektor Anwendung Vorschub leistet. Diese Dunkelziffer muss unbedingt reduziert werden.

Nur etwa 40 Prozent der Männer, die PDE-5-Hemmer einnehmen, haben die ärztliche Diagnose erektile Dysfunktion, wie eine Umfrage bei 740 PDE-5-Hemmer-Anwendern in 7 europäischen Ländern zum Gebrauch von PDE-5-Hemmern ergab (1). Alle anderen nehmen sie entweder zum Vergnügen, oder um den Partner zu befriedigen oder weil «es nicht mehr so gut funktioniert». Die Dunkelziffer ist also gross. Auf die Frage nach der verwendeten Dosis gaben 25 Prozent an, die niedrige Dosis (Avanafil 50 mg, Sildenafil 25 mg oder Vardenafil 5 mg) zu verwenden. 55 Prozent der Männer nahmen die Standarddosis (Avanafil 100 mg, Sildenafil 50 mg, Tadalafil 10 mg oder Vardenafil 10 mg). Weitere 20 Prozent nahmen eine Hochdosis (Avanafil 200 mg, Sildenafil 100 mg, Tadalafil 20 mg, Vardenafil 20 mg). Gemäss Prof. Emmanuele Jannini, Endokrinologie, Università Tor Vergata, Rom, am Satellitensymposium von Menarini anlässlich des EAU, sind die Anwender der hohen Dosis meist älter und Inhaber eines ärztlichen Rezepts. Nach den Ergebnissen dieser Umfrage sind sich aber 40 Prozent der Anwender ohne Diagnose nicht bewusst, dass sie an einer erektilen Dysfunktion leiden. Es reicht demnach nicht, die Männer zu behandeln, die von sich aus damit kommen. Man sollte jeden Mann, der zu einem in die Praxis kommt, nach seinem Sexualleben fragen, so der Rat von Jannini.

Dosis entscheidend

Mit welcher Dosis soll gestartet werden? Aus urologischer Sicht gibt es Patientengruppen, bei denen ein Therapiebeginn mit der höchsten Dosis sinnvoll ist. Zu diesen gehören beispielsweise diabetische Patienten und Patienten nach einer radikalen Prostatektomie.

In der 12 Wochen dauernden doppelblinden, randomisierten, plazebokontrollierten REVIVE-Diabetes-Studie mit 390 Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus und erektiler Dysfunktion erhielt eine Gruppe (n = 129) 100 mg Avanafil, die zweite Gruppe (n = 131) 200 mg Avanafil und die dritte Gruppe (n = 130) Plazebo. Beide Avanafil-Dosierungen waren signifikant effektiver als Plazebo bezüglich der Fähigkeit zum Geschlechtsverkehr und der Verbesserung der Werte im Fragebogen International Index of erectile dysfunction (IIEF-EF). Im Vergleich zur Ausgangspunktzahl verbesserten sich die Patienten unter der 100-mg-Dosierung um 4,6 Punkte und unter der 200-mg-Dosierung um 5,3 Punkte. Gemäss Prof. Ignacio Moncada, Urologie, Hospital Universitario La Zarzuela,

Madrid, bedeutet 1 Punkt mehr im IIEF-EF-Score für den Patienten einen grossen Unterschied.

Patienten mit radikaler Prostatektomie leiden nach dem Eingriff häufig unter einer erektilen Dysfunktion. In der REVIVE-Post-radical-prostatectomy-Studie wurden 298 Patienten in drei gleiche Gruppen unterteilt und mit Avanafil 100 mg (n = 99), Avanafil 200 mg (n = 99) oder mit Plazebo (n = 100) während 12 Wochen behandelt (3). 70 der Teilnehmer hatten mit einer schweren erektilen Dysfunktion zu kämpfen. Der Ausgangs-IIEF-EF-Score lag im Durchschnitt bei 9,2. 30 Minuten nach Einnahme waren in den Avanafilgruppen 36,8 Prozent des Geschlechtsverkehrs erfolgreich, während die Erfolgsrate unter Plazebo nur bei 4,5 Prozent lag. Im IIEF-EF-Score schlug sich der Dosierungsunterschied in den Avanafilgruppen nieder: Unter der 100-mg-Dosierung stieg der IIEF-EF-Score signifikant um 3,5 Punkte und unter der 200-mg-Dosierung signifikant um 5,2 Punkte.

Therapieversagen vorbeugen

Bei Patienten (n = 646) mit erektiler Dysfunktion ohne schwere Begleiterkrankungen zeigte sich in einer ebenfalls 12-wöchigen Studie im Vergleich zu Plazebo eine signifikante Verbesserung in den Avanafilgruppen mit 50, 100 und 200 mg, ebenso eine dosisabhängige und signifikante Verbesserung beim Geschlechtsverkehr und im IIEF-Score um bis zu 9,4 Punkte (4).

Die Guideline der European Association of Urology (EAU) empfiehlt denn auch, die Dosis von PDE-5-Hemmern auf die maximal verträgliche Höhe zu titrieren, weil dies die Wirksamkeit und die Zufriedenheit mit der Behandlung erhöht (5).

Um frustrierendem Therapieversagen bei allen Anwendern zuvorzukommen, sollte gemäss Prof. Dimitris Hatzichristou, Urologie, Aristotle University of Thessaloniki, allen Patienten neben der Nachfrage nach ihrem Sexualleben bei einer Diagnose einer erektilen Dysfunktion die Anwendung des PDE-5-Hemmers genau erklärt werden. Denn die meisten Gründe für ein Therapieversagen liegen in einer ungenügenden sexuellen Stimulierung, einem zu kurzen Zeitintervall zwischen Einnahme und Geschlechtsverkehr und in einer inadäquaten Dosierung, die zu keiner genügenden Steifigkeit führt.

Valérie Herzog

EAU-Guideline zu
male sexual dysfunction



www.rosenfluh.ch/qr/uroweb-male-sexual-dysfunction

Quelle: Satellitensymposium Menarini «Overcoming the PDE5-is paradigms with the 2nd generation therapeutic option» anlässlich des 32. Jahreskongresses der European Association of Urology (EAU), 24. bis 28. März 2017 in London.

Referenzen:

1. Corona G et al.: Erectile dysfunction european users survey. In submission.
2. Goldstein I et al.: Avanafil for the treatment of erectile dysfunction: a multicenter, randomized, double-blind study in men with diabetes mellitus. *Mayo Clin Proc* 2012; 87: 843–852.
3. Mulhall JP et al.: A phase 3, placebo controlled study of the safety and efficacy of avanafil for the treatment of erectile dysfunction after nerve sparing radical prostatectomy. *J Urol* 2013; 189: 2229–2236.
4. Goldstein I et al.: A randomized, double-blind, placebo-controlled evaluation of the safety and efficacy of avanafil in subjects with erectile dysfunction. *J Sex Med* 2012; 9: 1122–1133.
5. K. Hatzmouratidis et al.: Guidelines on male sexual dysfunction, European Association of Urology 2014. https://uroweb.org/wp-content/uploads/14-Male-Sexual-Dysfunction_LR.pdf. Letzter Zugriff: 6.4.2017.