

Wenn der Mann nicht kann

Die Evaluation des Sexullebens sollte gerade bei älteren Patienten ein fester Bestandteil des **Arzt-Patienten-Gesprächs** sein, da Veränderungen der Erektionsfähigkeit die erste klinische Manifestation einer bis dahin unerkannten Gefäß-Kreislauf-Erkrankung sein können.

Die Diagnose „Erektile Dysfunktion“ (ED) darf gestellt werden, wenn eine chronische Störung der Erektionsfähigkeit besteht, die mindestens seit 6 Monaten andauert und die einen zufriedenstellenden Verkehr in mindestens 70 % der Versuche nicht zulässt.

Erektionsstörungen älterer Patienten sind häufig sehr subjektiv und werden nicht selten in Relation zu Erinnerungen aus der Jugendzeit gesehen. Tatsächlich kommt es mit zunehmendem Alter physiologisch zu Veränderungen der Sexualität. So lässt sich eine physiologische Abnahme der Serumkonzentration der Sexualhormone feststellen, die aber auch Krankheitswert erreichen kann. Ferner verliert das Schwellkörpergewebe zunehmend an Elastizität. Diese Veränderungen führen dazu, dass sich Erektionen weniger schnell und

weniger spontan entwickeln. Zudem ist der Penis bei Erektionen nicht mehr so steif, und auch der Erektionswinkel lässt nach.

Ein Rückgang der Libido kann ein früher Hinweis auf einen behandlungsbedürftigen **Testosteronmangel** sein. Vor Beginn einer Therapie gilt es, altersbedingte Veränderungen der Sexualität von krankheitsassoziierten Symptomen zu unterscheiden.

Generell können für eine ED vaskuläre, neurogene, hormonelle und anatomische Ursachen, abgelaufene Operationen und medikamentöse Nebenwirkungen, vor allem aber auch spezielle urologische Erkrankungen wie



Tab. 1: Basislabor

PARAMETER	MÖGLICHE ERKRANKUNG
Nüchternblutzucker	Diabetes mellitus
Gesamtcholesterin, LDH, HDL	Fettstoffwechselstörung
Kreatinin, Harnstoff	Niereninsuffizienz
GPT, GOT, γ -GT	Leberfunktionsstörungen
TSH	Schilddrüsenfunktionsstörung
Gesamttestosteron	Hypogonadismus
Prostata-spezifisches Antigen (PSA)	Prostatakarzinom, Prostatitis etc.

Prostatavergrößerung und Schwellkörperveränderungen verantwortlich sein. Häufige psychogene Faktoren sind vor allem Partnerschaftskonflikte, hohe Erwartungshaltungen und psychische Störungen wie Ängste und Depressionen.

Besonderes Augenmerk sollte darauf gelegt werden, dass die erektile Dysfunktion häufig als erstes klinisches Symptom einer **kardiovaskulären Erkrankung** bzw. eines metabolischen Syndroms auftreten kann.

Was ist zunächst abzuklären?

Die Diagnosestellung basiert primär auf den **Angaben des Patienten** und kann durch **objektive Untersuchungsmethoden** oder durch die Partnerin bestätigt werden. Neben der ausführlichen Medikamentenanamnese werden Nikotin- und Alkoholmissbrauch, bestehende Krankheiten und erfolgte Operationen abgefragt.

Die **detaillierte Sexualanamnese** beinhaltet die emotionale und sexuelle Situation in der aktuellen Beziehung und früheren Partnerschaften sowie Beginn und Dauer der Erektionsstörung. Eingehende Beschreibungen der Qualität der morgendlichen und der sexuell stimulierten Erektionen bezüglich Rigidität und Dauer können richtungsweisend sein.

Zur **Objektivierung** von Erektions- und anderen Sexualstörungen sowie zur Verlaufskontrolle des Therapieerfolgs existieren validierte Fragebögen.

Weitere Abklärung

Durch eine **fokussierte körperliche Untersuchung** und Laboruntersuchungen können angeborene oder erworbene Penisdeviationen, Gynäkomastie, benigne Prostatahyperplasie, Prostatakarzinom oder Zeichen eines Hypogonadismus (Hodengröße und Konsistenz, Veränderungen der sekundären Geschlechtsmerkmale) aufgedeckt werden. Urogenitaltrakt, endokrines, vasculäres und neurologisches System stehen im Fokus. Bei älteren Männern kann die Kombi-

nation aus Vorhautverengung (Phimose) und einer Entzündung der Glans penis (Balanitis) ein Hinweis auf einen Diabetes mellitus sein. Eine digital rektale Untersuchung sollte bei jedem Patienten ab 45 Jahren durchgeführt werden.

Tabelle 1 zeigt die **Basislaborwerte**, die bei der Abklärung einer erektilen Dysfunktion bestimmt werden sollten. Eine zusätzliche Hormondiagnostik muss bei niedrigen Testosteronwerten erfolgen, um eine weitere Differenzierung zu ermöglichen: bioverfügbares oder kalkuliertes freies Testosteron, follikelstimulierendes Hormon (FSH), luteinisierendes Hormon (LH), Prolaktin. Bei entsprechenden Vorerkrankungen bzw. im Hinblick auf metabolische Risikofaktoren können auch Veränderungen anderer Parameter wie z. B. des Harnsäurespiegels Hinweise auf bestehende Risikofaktoren geben.

Was kann der Hausarzt tun?

Die Basisdiagnostik mit Sexualanamnese, die körperliche Untersuchung und die Laboranalyse können prinzipiell von jedem Arzt durchgeführt werden. Damit lässt sich die Genese der Erektionsstörung in ca. 60 % der Fälle einordnen. In der Regel ist diese Diagnostik bereits ausreichend, um eine Therapie mit oralen Hemmstoffen des Enzyms Phosphodiesterase 5 (PDE 5)

einleiten zu können.

Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen bzw. mutmaßlichen Ursachen im psychogenen Bereich sollten zu einem ED-erfahrenen Psychiater bzw. in eine verhaltenstherapeutische Betreuung überwiesen werden. Vor allem bei jüngeren Patienten (< 40 Jahren) mit primärer erektiler Dysfunktion ist eine begleitende psychologische Konsultation während der Suche nach der organischen Ursache und während der Therapie sinnvoll.

Tab. 2: Weiterführende Diagnostik

DOPPLERSONOGRAPHIE, INTRAKAVERNÖSE PROSTAGLANDIN-EI-TESTUNG:

Evaluierung der Integrität des penilen Gefäßsystems und der kavernen Funktion

KAVERNOSOMETRIE/-GRAPHIE UND PENILE ANGIOGRAPHIE:

Aufwändige, invasive Verfahren; eher bei Patienten, die für eine vaskulär-rekonstruktive Operation infrage kommen



Dr. med. Thomas Stadler
Facharzt für Urologie, Sexualmedizin,
Privatpraxis in München
E-Mail: praxis@urologie-im-tal.de

Wichtig: Altersbedingte Veränderungen der Sexualität von krankheitsassoziierten Symptomen unterscheiden!

Orale Therapie

Derzeit sind 4 PDE-5-Inhibitoren zur Therapie der erektilen Dysfunktion verfügbar: Avanafil, Sildenafil, Tadalafil und Vardenafil. Klinisch relevante Unterschiede der Substanzen bestehen hinsichtlich ihrer Pharmakokinetik und Wirkdauer.

Während bei Sildenafil die maximale Plasmakonzentration etwa 60 Minuten nach oraler Gabe erreicht ist, liegt die Spanne bei Avanafil mit ca. 30 Minuten und bei Vardenafil mit ca. 40 Minuten darunter. Bei Tadalafil ist die maximale Plasmakonzentration nach ca. 120 Minuten erreicht. Der klinische Wirkungseintritt findet etwa ab der Hälfte der angegebenen Zeiten bis zum Erreichen des Maximums statt. Die klinische Wirksamkeit für Tadalafil beträgt bis zu 36 Stunden, dagegen wird die Wirkdauer für Avanafil mit bis zu 6 Stunden, für Vardenafil und Sildenafil mit bis zu 12 Stunden angegeben.

Nach Ausschluss von Kontraindikationen, z. B. kardiovaskulären Risiken, Einnahme von Nitro-Präparaten, Retinitis pigmentosa etc., sind diese Substanzen in den meisten Fällen sicher einzusetzen. Bei ausbleibender Wirkung bzw. bei Auftreten von Nebenwirkungen müssen Einnahmemodalitäten und Dosierung überprüft werden, gegebenenfalls kann ein Substanzwechsel hilfreich sein.

Insgesamt sind bei einer ED-Therapie supportive Maßnahmen wie Ernährungsumstellung, Gewichtsreduktion und Steigerung der körperlichen Bewegung sehr empfehlenswert.

Wenn die orale Therapie versagt

Kommt es auch nach entsprechenden Anpassungen zu einem unzureichenden Ansprechen der oralen Therapie oder bestehen gutachterliche Fragestellungen bzw. ein erhöhter Abklärungswunsch des Patienten, sind weitere

spezifische diagnostische Verfahren indiziert (Tab. 2). Bei Vorliegen von Kontraindikationen oder bei Nichtansprechen der oralen Therapie auch nach Gabe von Höchstdosen und mehrmaligen Versuchen (> 6!) können andere Optionen herangezogen werden.

Bei der **Schwellkörperautoinjektionstherapie** (SKAT) wird eine definierte Dosis eines lokal wirksamen vasoaktiven Stoffs (Prostaglandin E1) vom Patienten selbst vor dem gewünschten Geschlechtsverkehr direkt in den Schwellkörper injiziert.

Der Wirkstoff Alprostadil findet auch bei der **intraurethralen Applikation** mithilfe von MUSE (Medicated Urethral System for Erection) Anwendung. Mit einem speziellen Applikator wird ein kleines Zäpfchen in die Harnröhre eingebracht. Von dort gelangt der Wirkstoff über die Schleimhaut und über gemeinsame Blutgefäße aus dem Corpus spongiosum in die Corpora cavernosa und entfaltet dort seine Wirkung.

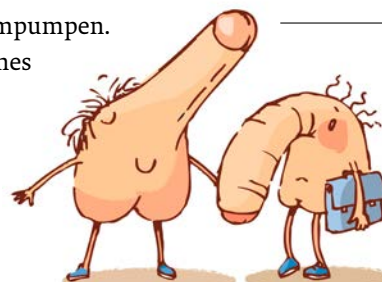
Eine rein mechanische und relativ kostengünstige Möglichkeit, um unabhängig von der Genese der erektilen Dysfunktion eine Erektion zu erreichen, ist die Verwendung von **Vakuum-Erektionshilfen** oder Vakuumpumpen.

Diese sorgen mithilfe eines

Glas- oder Plastikzylinders, in den der Penis eingeführt wird, durch Absaugen der Luft für einen Unterdruck, der zu einem verstärkten venösen Rückstrom in die Schwellkörper und damit zu einer Erektion führt. Ist der Penis ausreichend aufgerichtet, wird zuerst an der Penisschwanz ein Gummiring übergestreift, der den weiteren Blutabfluss verhindert, und anschließend der Zylinder entfernt. Eine auf diese Weise aufrechterhaltene Erektion sollte nicht länger als 20 Minuten andauern, da es sonst zu schweren Schäden und Thrombosierungen des Schwellkörpers kommen kann.

Nach dem Versagen aller konservativen Behandlungsmöglichkeiten kann bei Patienten mit einer therapierefraktären Erektionsstörung die operative **Implantation eines Schwellkörperersatzes** erwogen werden. Allerdings muss der Patient gründlich über die damit verbundene vollständige mechanische Zerstörung der Corpora cavernosa und die Irreversibilität des Eingriffs aufgeklärt sein. Die Indikationsstellung für ein Schwellkörperimplantat sollte dem spezialisierten Urologen vorbehalten bleiben.

Literatur beim Verfasser
Keine Interessenskonflikte



FAZIT

- Das offene Ansprechen eventueller Störungen des Sexuallebens stellt in der täglichen Praxis die Grundlage für das Beachten und die differenzierte diagnostische Abklärung der erektilen Dysfunktion dar.
- Eine individuell adaptierte Therapie ist durch die Verfügbarkeit verschiedener konservativer und operativer Behandlungsoptionen möglich und notwendig. Neben der Anwendbarkeit und Wirksamkeit sind bei der Wahl der entsprechenden Therapie auch die Bedürfnisse des Patienten und der Partnerin einzubeziehen.
- Auch nach einem Nichtansprechen auf die orale Medikation mit PDE-5-Hemmern gibt es für Patienten mit organisch bedingten Erektionsstörungen eine Reihe von weiteren pharmakologischen und nichtmedikamentösen Behandlungsmöglichkeiten, die individuell nach Wirksamkeit und Akzeptanz bewertet werden müssen.