

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Sexuelle Funktionsstörungen:
Erektile Dysfunktion und Ejaculatio
praecox**

Kurz M

*Journal für Urologie und
Urogynäkologie 2013; 20 (1)
(Ausgabe für Schweiz), 9-10*

*Journal für Urologie und
Urogynäkologie 2013; 20 (1)
(Ausgabe für Österreich), 9-10*

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Sexuelle Funktionsstörungen: Erektile Dysfunktion und Ejaculatio praecox

M. Kurz

■ Einleitung

Mit zunehmendem Alter spielen die somatischen Ursachen der erektilen Dysfunktion (ED) eine übergeordnete Rolle. Bei jungen Patienten geht man häufiger von einer primär psychischen Ursache aus, wobei dies an sich eine Ausschlussdiagnose darstellt. Die resultierende, teils erhebliche psychische Belastung kann das Sexual- und auch Beziehungsleben stark negativ beeinflussen und zusätzlich die Erektionsfähigkeit schwächen.

Die Definition der Ejaculatio praecox (EP) war lange uneinheitlich. 2008 fand sich erstmals eine evidenzbasierte Definition: intravaginale Ejakulationslatenzzeit (IELT) < 1 min (normal ca. 5 min. [1]), keine Ejakulationskontrolle, Frustration mit Verlust der sexuellen Intimität [2].

■ Diagnostische Abklärungen

Erektile Dysfunktion

Ätiologisch sind insbesondere Angiopathien, Neuropathien, verminderte Libido, Testosteronmangel, metabolisches Syndrom und Medikamentennebenwirkungen nennenswert, da diese nicht nur am häufigsten sind, sondern auch direkte Konsequenzen für den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten haben können. So konnte nachgewiesen werden, dass ältere Patienten mit ED, v. a. Diabetiker, ein erhöhtes Risikoprofil für CVI und koronare Herzkrankheit aufwiesen [3, 4].

Zu untersuchen sind:

- Anamnese (Vorerkrankungen, Operationen, Traumata, Medikamentenanamnese, psychosoziale und Sexualanamnese)
- Körperliche Untersuchung (äußeres Genitale, sekundäre Geschlechtsmerkmale, neurologische Untersuchung der sakralen Segmente, periphere Pulse)
- Labor (Lipide, Glukose, Testosteron, LH, FSH, Prolaktin, TSH basal)
- Evtl. Duplexsonographie der Beckenstrombahn und Penisgefäße vor und nach Alprostadilinjektion

Ejaculatio praecox

Man unterscheidet die primäre, angeborene (lebenslange) und die erworbene Form, bei der die Patienten zuvor ein normales Sexualleben hatten. Wissenschaftlich konnte mittlerweile eine Hyposensitivität der 5-HT_{2C}-Rezeptoren respektive eine Hypersensitivität von 5-HT_{1A}-Rezeptoren als eine Ursache nachgewiesen werden [5]. Die schlimmste Form ist die Ejaculatio ante portas, welche letztendlich „Unfruchtbarkeit“ bedeutet.

Für die erworbene Form gibt es verschiedene Risikofaktoren (psychisch, Prostatitis, Hyper-/Hypothyreose, ED), bei deren Therapie es auch zu Verbesserung der EP kommen kann [6].

Zu untersuchen sind:

- Anamnese (v. a. Sexualanamnese, Auftreten der EP, ED, Prostatitisbeschwerden)
- Körperliche Untersuchung (äußeres Genitale, Prostatapalpation)

- Labor: 4-Gläser-Probe, TSH basal, fT4

■ Therapie

Erektile Dysfunktion

Abgesehen von der Ursachen- oder allfälligen Verhaltenstherapie gibt es mittlerweile eine Vielzahl von Therapiemöglichkeiten, welche häufig medikamentös gestützt oder rein medikamentös durchgeführt werden können. Die Steigerung der körperlichen Aktivität und die Bekämpfung der zugrunde liegenden Probleme sollten immer primär mit angegangen werden. Der Patient muss darauf hingewiesen werden, dass auf dem Schwarzmarkt erhältliche Tabletten oder Instrumente häufig unwirksam oder gar gefährlich sein können. Historisch betrachtet sind Vakuumpumpen und Penisinge schon länger in Verwendung, kommen jedoch immer noch erfolgreich zum Einsatz. Die Einführung von Sildenafil (Viagra) vor ca. 10 Jahren hat die Therapie indessen völlig revolutioniert und kann bei jeglicher Art von ED eingesetzt werden. Konkurrenzprodukte auf dem Markt sind Tadalafil (Cialis) und Vardenafil (Levitra, Vivanza). Vor dem Einsatz empfiehlt sich eine kardiologische Statusüberprüfung, die gleichzeitige Einnahme von Nitraten ist kontraindiziert. Bei fehlendem Ansprechen kann Alprostadil (Caverject, Muse) eingesetzt werden. Dieser Wirkstoff wird durch Injektion oder über die Urethra direkt in die Schwellkörper appliziert. Die Therapien können auch bis zur ausreichenden Tumescenz kombiniert werden.



Der Priapismus ist die häufigste Komplikation v. a. von Alprostadil, weshalb es sich empfiehlt, die Dosierung „aufzutitrieren“ und den Patienten entsprechend aufzuklären. Zu beachten ist auch, dass bei allen Therapiekonzepten die sexuelle Stimulation (taktil und kortikal) vorhanden sein muss.

Die Implantation von Penisprothesen ist in den vergangenen Jahren durch den Erfolg der Pharmaindustrie in den Hintergrund gerückt, ist jedoch immer noch eine gute Modalität für Therapieversager oder bei ausgeprägten Schwellkörperfibrosen, z. B. nach Priapismus.

Ejaculatio praecox

Die lebenslange Form ist vor allem medikamentös zu behandeln, da sie situationsunabhängig auftritt und mit zentralen Neurotransmittern, insbesondere Serotonin, gekoppelt ist. Heutzutage werden meist SSRI eingesetzt, z. B. Citalopram. Hervorzuheben ist Dapoxetine (Priligy), ein neues, kurzwirksames SSRI, welches speziell für die Indikation der EP als Bedarfsmedikation zum Einsatz kommt. Studien zeigten eine 3–4× längere IELT und eine deutliche Steigerung der Patientenzufriedenheit gegenüber Placebo

[7]. In der Schweiz lässt die Zulassung noch auf sich warten, während es 2009 in Deutschland eingeführt wurde.

Bei den erworbenen Formen sollten die möglichen Ursachen bekämpft werden. Hinzu gehören eine Verhaltenstherapie respektive eine Sexualtherapie. Zu nennen sind die „Stop-and-go“- und die „Squeeze“-Technik, bei denen die Patienten lernen, die Ejakulation zu kontrollieren. Medikamentös kann adjuvant mit Lidocain-Gels therapiert werden, um die lokale Sensibilität zu vermindern. Auch hier kommen SSRI zum Einsatz. PDE-5-Inhibitoren werden kontrovers diskutiert. Der Einsatz lohnt sich allenfalls nur bei gleichzeitiger ED oder mit dem Gedanken, die Refraktärzeit zu verkürzen.

Zusammenfassung

Sexualfunktionsstörungen können angeboren oder erworben sein und sind ätiologisch häufig multifaktoriell bedingt. Bei beiden Störungen können somatische, z. T. vitale Ursachen zugrunde liegen und psychische Belastungen primär oder auch sekundär eine große Rolle spielen. Eine fachärztliche Abklärung

sollte deshalb vor jeder Therapie erfolgen.

Literatur:

1. Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B, et al. Proposal for a definition of lifelong premature ejaculation based on epidemiological stopwatch data. *J Sex Med* 2005; 2: 498–507.
2. McMahon CG, Althof S, Waldinger MD, et al.; International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for Definition of Premature Ejaculation. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. *BJU Int* 2008; 102: 338–50.
3. Ma RC, So WY, Yang X, et al. Erectile dysfunction predicts coronary heart disease in type 2 diabetes. *J Am Coll Cardiol* 2008; 51: 2045–50.
4. Yamada T, Hara K, Umematsu H, et al. Erectile dysfunction and cardiovascular events in diabetic men: a meta-analysis of observational studies. *PLoS One* 2012; 7: e43673.
5. Waldinger MD. Premature ejaculation: definition and drug treatment. *Drugs* 2007; 67: 547–68.
6. Jannini EA, Carosa E, Pepe M, et al. Update on pathophysiology of premature ejaculation: the basis for new pharmacological treatments. *EAU-EBU Update Series* 2006; 4: 141–9.
7. Buvat J, Tesfaye F, Rothman M, et al. Dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial in 22 countries. *Eur Urol* 2009; 55: 957–67.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Michael Kurz
Oberarzt Klinik für Urologie
EBU Certified Training Centre
Kantonsspital Winterthur
CH-8401 Winterthur
E-Mail: michael.kurz@ksw.ch

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)