

Was der Pumpe nutzt, hilft auch bei schwächelnder Potenz

Guter Sex: eine Herzensangelegenheit

Die erektile Dysfunktion (ED) ist ein besonders früher und gut wahrnehmbarer Marker für ein erhöhtes Herzrisiko. Legen Sie Ihren Patienten beizeiten nahe, etwas für die „Pumpe“ zu tun, Sie schlagen damit zwei Fliegen mit einer Klappe: Körperliche Fitness und gesunde Ernährung senken nicht nur das KHK-Risiko, sondern tragen auch dazu bei, dass es im Bett besser klappt.

— Erektionsstörungen sind mehr als ein „Potenzproblem“. Sie belasten die Partnerschaft, beeinträchtigen die Lebensqualität, bei vielen Betroffenen besteht eine direkte Verknüpfung zu Depressivität und Angstsymptomen. Vor allem aber gilt die ED heute auch als Marker für ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko. Bei Männern, die über eine gestörte Sexualfunktion klagen, ist die Wahrscheinlichkeit, innerhalb der nächsten fünf Jahre an einem Herzinfarkt zu versterben, doppelt so hoch wie bei ihren potenten Geschlechtsgenossen. Dies zeigten die Ergebnisse einer ED-Substudie mit 1176 bzw. 373 Teilnehmern aus den großen Therapiestudien ONTARGET und TRANSCEND an Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren.

Gemeinsame Pathogenese

Die erektile Dysfunktion entsteht wie kardiovaskuläre Erkrankungen auch auf der Basis einer Endotheldysfunktion, die über eine chronische Entzündung zur Atherosklerose führt. Es verwundert da-

her nicht, dass sich die ED eine Reihe modifizierbarer Risikofaktoren mit der KHK teilt, u. a. Hochdruck, Diabetes, Dyslipidämie, Rauchen, Übergewicht, metabolisches Syndrom und Bewegungsarmut. Im Umkehrschluss müsste sich eine Behandlung dieser kardiovaskulären Risikofaktoren auch positiv auf die ED auswirken.

Tatsächlich belegen mehrere Studien, dass die ED sich durch Modifikation von Lifestyle-Faktoren und medikamentöse Therapie kardiovaskulärer Risikofaktoren bessern lässt. In einer aktuellen Studie [1] haben nun Bhanu P. Gupta et al. die Daten von insgesamt 740 ED-Patienten aus sechs Studien zusammengetragen. In vier davon hatten die Autoren die Auswirkungen einer Lifestyle-Intervention, in zweien den Effekt von Statinen auf die ED ermittelt. Das mittlere Patientenalter lag bei 55,4 Jahren, die Studiendauer variierte zwischen 12 und 104 Wochen. Als Maßstab für die Verbesserung der ED wurde der International Index of Erectile Dysfunction (IIEF-5) herangezogen.

Ein Plus an Lebensqualität

Das Ergebnis der Metaanalyse: Nahm das kardiovaskuläre Risiko ab, besserte sich die Sexualfunktion um nahezu 2,7 Punkte im IIEF-5 (95% KI: 1,86–3,47). Das Resümee der Autoren: Wer etwas für sein Herz tut, bessert damit auch seine sexuelle Gesundheit, was wiederum zu einem Plus an Lebensqualität führt.

Die gegenwärtigen Empfehlungen zur Therapie der ED beinhalten die Verschreibung von Phosphodiesterase-5-Inhibitoren. Gupta et al. attestieren diesen oralen Therapeutika hohe Effizienz; bei maximalen Dosierungen lassen sich im IIEF-5 Verbesserungen um sieben bis zehn Punkte erzielen. Die Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren hat hier aber noch einen zusätzlichen Nutzen. In drei der untersuchten Studien nahmen die Teilnehmer, 240 Männer, parallel PDE-5-Hemmer ein. Hier ließ sich der IIEF-5-Score durch zusätzliche kardio-protective Maßnahmen um weitere 2,1 Punkte verbessern (95% KI: 0,22–3,95).

Die Autoren plädieren dafür, die ED auch in der Praxis als frühen modifizierbaren Risikofaktor für die Entwicklung einer kardiovaskulären Erkrankung zu akzeptieren. Zwischen dem ersten Auftreten einer ED und einer manifesten KHK liegen zwei bis fünf Jahre, es bleibt also ausreichend Zeit, zu intervenieren. Für den Arzt ist es ein Vorteil, eine klar begrenzte Patientengruppe vor sich zu haben, bei der er mit der Motivation zu einem gesünderen Lebensstil ansetzen kann. Und schließlich ist die ED, anders als die KHK, eine Störung, die vom Betroffenen schon sehr frühzeitig bemerkt wird.

DR. ELKE OBERHOFER ■

Aus den Leitlinien

Therapie der erektilen Dysfunktion

- Behandlung der Ursache bzw. Vorbeugung, z. B. bei Diabetes (A)
- Psychiatrisch-psychologische Therapie, falls entsprechende Genese (A)
- Medikamentöse Therapie:
 - Therapie der Wahl: 5-Phosphodiesterase-Hemmer (A)
 - Lokale Pharmakotherapie (B); diese ist spezialisierten Ärzten vorbehalten
- Lokale Hilfsmittel (B)
- Operative Therapie (B)



©Mauritius Images

Literatur:

1. Gupta BP et al. Arch Int Med, publ. online 12. 9. 2011; doi: 10.1001/archinternmed.2011.440
2. AWMF-Leitlinien „Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion“
3. Schmailzl KJG. Uro-News 2011;15(5):32–35