

Potenzverlust nach der Prostata-Operation

Sexuelle Rehabilitation oder Hilfe durch Vakuum-Pumpe – was braucht der Penis?

Seminar Prostatakarzinom 2014

HEIDELBERG – Auch eine nervenschonende Resektion schützt Prostatakrebspatienten nicht vor Potenzverlust. Was dagegen hilft: Penistraining und eine verständnisvolle Frau. Durch eine sofortige „medikamentöse Rehabilitation“ gelingt es den meisten Männern, die erektile Funktion wiederzugewinnen.

Die radikale Prostatektomie wirkt auf das Selbstbewusstsein des Mannes ähnlich deletär wie die Brustkrebsoperation bei einer Frau. Durch den Eingriff fühlen sich die Patienten quasi ihrer maskulinen Identität beraubt, berichtete Professor Dr. Klaus-Peter Jünemann vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel. Alle Formen der definitiven Karzinomtherapie – ob Resektion, Strahlentherapie oder eine Kombination – beeinträchtigen die sexuelle Aktivität wesentlich stärker als die sogenannte „Active Surveillance“.

Unabhängig von der Strahlendosis wirkt die Brachytherapie keineswegs schonender als die Operation, es vergeht nur mehr Zeit bis zum Erektionsverlust (bei 70 bis 90 % dauert es zwei bis drei Jahre). Der

Effekt kommt wahrscheinlich dadurch zustande, dass auch das Gefäßnervenbündel im Strahlenfeld liegt. Ein weiterer Nachteil: Bei der Brachytherapie gibt es noch keine Daten zu Rehabilitationsmöglichkeiten für die Potenz.

PDE-5-Hemmer, viel Zeit und noch mehr Geduld

Nach radikaler Resektion der Vorstehdrüse hingegen ist in den meisten Fällen nach dem Eingriff die Erektionsfähigkeit zunächst verloren – das gilt auch für ein nervenschonendes Vorgehen. Doch sie lässt sich bei 80 bis 90 % der Männer durch den Einsatz von PDE-5-Hemmern wieder gewinnen. Dies „braucht“ allerdings Zeit und setzt entsprechende Geduld voraus.

Und wie funktioniert die Reha für den Penis? Man geht heute davon aus, dass die Operation einen Circulus vitiosus in Gang setzt: Durch das Ausbleiben von nächtlichen Erektionen verschlechtert sich die Sauerstoffversorgung des Penis, was wiederum zu vermehrter Apoptose und Fibrose führt. Mittels PDE-5-Inhibitoren kann man diesen Kreislauf durchbrechen, wobei es nachweislich zu nächtlichen Tumescenzen kommt. In einer eigenen Studie erreichten mit der täglichen Einnahme von 25 mg Sildenafil 93 % der Männer nach zwei Jahren wieder eine durchaus befriedigende Erektionsqualität, berichtete der Experte. Insgesamt 38 % der Männer nutzten weiterhin einen PDE-5-Hemmer, dies hatte offenbar keinen negativen Einfluss auf das Sexuelleben – auch nicht für die Partnerin.

Auch Prothetik sorgt für Zufriedenheit

Mittlerweile bietet die Mehrheit der Urologen in Deutschland ihren Patienten nach



der nervenerhaltenden Prostatektomie eine entsprechende Rehabilitation an. Die Ergebnisse sind vergleichbar – unabhängig vom gewählten PDE-5-Hemmer und dem Einnahmemodus (täglich, drei- bis viermal wöchentlich oder nach Bedarf). Prof. Jünemann bietet seinen Patienten die Therapie probatorisch über ein Vierteljahr an, nächtliche Tumescenzmessungen als Kriterium

Sexualleben – Sprüche und Tatsachen

Ums Sexualleben ist es oft anders bestellt, als Patienten angeben: In einer Studie mit 162 Prostatektomie-Kandidaten und ihren Partnerinnen erreichte schon vor dem Eingriff nur knapp die Hälfte der Männer eine für den Geschlechtsverkehr ausreichende Erektion. Während über 60 % der Männer den Potenzverlust wünschten, hatten daran nur 30 % der Partnerinnen Interesse. Kein gutes Omen: War die Partnerin der Sexualität gegenüber negativ eingestellt, hatten auch die Männer ein Jahr nach der Op. ihr sexuelles Interesse verloren, bei einer motivierten Frau dagegen nicht.

für ein mögliches Ansprechen hält der Experte für verzichtbar.

Versagt der PDE-5-Hemmer bei einem Patienten, kann möglicherweise eine Penisprothese für Abhilfe sorgen – dank verbesserter Technik sind mehr als 80 % der Prothesen nach zehn Jahren noch intakt. Die Zufriedenheit kann sich sehen lassen: Folgt man einer älteren Studie, würden etwa 90 % der Patienten und deren Partnerinnen das Vorgehen auch anderen Männern weiterempfehlen. Dr. Dorothea Ranft

Harninkontinenz früh angehen

Beckenbodentraining und Biofeedback nutzen

Aus der Fachliteratur

BONN – Bei Männern mit Harninkontinenz nach einer Prostata-Operation sollte man frühzeitig mit konservativen Maßnahmen beginnen. Als effektiv erweisen sich Beckenbodentraining, Biofeedback und Elektrostimulation.

Besonders im ersten Jahr nach einer radikalen Prostatektomie gelten nicht medikamentöse Maßnahmen als Therapie der ersten Wahl, um eine Harninkontinenz zu behandeln. Mittels Beckenbodentraining kann der quergestreifte, äußere Schließmuskellapparat gekräftigt werden, was den Harnröhrenverschluss unterstützt. Dazu lernt der Patient, den Beckenboden willkürlich und selektiv zu kontrahieren.

Beim Biofeedback wird das Beckenbodentraining durch technische Hilfsmittel wie Perineal-Sonographie unterstützt. Wenn der Patient die relevanten Muskeln effektiv anspannt, ertönt ein akustisches Signal. Eine weitere Option ist die Elektrostimulationstherapie. Über afferente Fasern des N. pudendus erzielt man eine Sphinkteraktivierung und über afferente Anteile eine reflektorische Detrusorhemmung. AW

Ruth Kirschner-Hermanns et al., Urologe 2014; 53: 333-338

Duale Power

STARKE LDL*-Senkung¹

Starke LDL*-Senkung für Ihre Hypercholesterinämie-Patienten mit KHK oder Diabetes mellitus.^{1,2}

INEGY®
Ezetimib/Simvastatin
DUALE POWER!

Mehr Informationen unter:
www.inegy.de

MSD

INEGY®

INEGY® 10 mg/10 mg, 10 mg/20 mg, 10 mg/40 mg oder 10 mg/80 mg Tabletten

Wirkstoffe: Ezetimib und Simvastatin

Zusammensetzung: Arzneilich wirksame Bestandteile: 1 Tablette enthält 10 mg Ezetimib und 10 mg, 20 mg, 40 mg oder 80 mg Simvastatin. **Sonstige Bestandteile:** Butylhydroxyanisol (pH-Eur.), Citronensäure-Monohydrat, Croscarmellose-Natrium, Hypromellose, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), mikrokristalline Cellulose, Propylgallat (Ph.Eur.). **Anwendungsgebiete:** Hypercholesterinämie: Begleitend zu Diät b. Pat. m. primärer (heterozygoter) familiärer und nicht familiärer Hypercholesterinämie od. gemischter Hyperlipidämie, für die e. Ther. m. e. Statin u. Ezetimib behandelt werden. Simvastatin (20 mg–40 mg) reduziert die Häufigk. kardiovask. Ereignisse. **Höchstzulässige familiäre Hypercholesterinämie:** Begleitend zu Diät angezeigt b. Pat. m. homozygoter familiärer Hypercholesterinämie, dazu weitere begleitende Therapien (wie LDL-Apheresis) mögl. **Gegenanzeigen:** Überempf.-keit gegenüber Ezetimib, Simvastatin od. e. d. sonst. Bestandt. Stillzeit. Vorhandene/planierte Überdacht auf Schwangerschaft. Aktive Lebererkrank. od. unklare u. andauernde Erhöhd. d. Serum-Transaminasen. Gleichzeit. Anw. v. potenten CYP3A4-Inhibitoren (z. B. Itaconazol, Ketocozazol, Posaconazol, Erythromycin, Clarithromycin, Telithromycin, HIV-Protease-Inhibitoren (z. B. Nelfinavir), Boceprevir, Telaprevir od. Nelaprevir) sowie Gemfibrozil, Clopidogrel od. Danazol. **Vorsicht bei:** Anw. d. 10 mg/80 mg-Dosis; chinesisches Pat. b. Komb. m. Niacin in lipidsenk. Dosen (z. 1 g/Tag) od. Niacin-haltig. Präparaten (Auswirkung b. and. asiatischen Pat. unbekannt); Pat. mit Risikofakt. f. e. Rhabdomyolyse (u. a. Pat. < 65 J., weibl. Pat. Nierenfunkt.-störung; unbehänd. Hypothyreose; anam. bek. od. positive Familienanamn. f. heredit. Muskelerkrank.; anam. bek. muskul. Symptomatik unter Behandl. m. Statinen od. Fibraten; Alkoholmissbrauch); Langzeitther. Pat. m. mäßiger (Child-Pugh-Score 7–9) od. schw. (Child-Pugh-Score > 9) Leberinsuff.; Pat. mit chron. Nierenkrankh. (GFR < 60 ml/min/1,73 m²); Risikopat. f. Diabetes mell. (Nüchternblutzucker v. 5,5–6,9 mmol/l, BMI > 30 kg/m², erhöhd. Triglyceride, Hypertonie); Genuss v. Grapefruitsaft; Pat. m. hereditärer Galactose-Intoleranz, Lactase-Mangel od. Glucose-Galactose-Malabsorption; Pat. m. erhebli. Alkoholverzehr; gleichzeitiger Anw. v. and. Fibraten, Amiodolon, Amiodipin, Verapamil, Diltiazem, Niacin (z. 1 g/Tag), Niacin-haltigen Präparaten, Folsäure, oralen Anticoagulantien, Colestyramin, Flucanazol, Colchicin b. Pat. m. Niereninsuff., Rifampicin, Kinder u. Jugendliche; Wirksamkeit u. Sicherheit v. Ezetimib mit Simvastatin nur bei Pat. im Alter v. 10–17 J. (Jungen; mind. Tannerstadium II; Mädchen; mind. 1 Jahr nach Menarche) mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie untersucht; Vorsicht b. Pat. < 10 J., b. Mädchen vor d. Menarche; b. Anwendung > 23 Wo.; b. Dosen > 40 mg Simvastatin/Tag; Langzeitwirkung v. Ezetimib bei Pat. < 17 J. nicht untersucht. **Warnhinweis:** Enthält Lactose. **Nebenwirkungen:** Unter INEGY® in klin. Studien häufiger als unter Placebo od. unter Statinen: Erhöhd. v. ALT u. od. AST, Erhöhd. der CK im Serum, Erhöhd. Bilirubin-Werte, Erhöhd. Bluthamäure, erhöhd. y-Glutamyltranspeptidase, erhöhd. INR, Protein im Urin, Gewichtsabnahme, Schwindel, Kopfschm., Parästhesien; Abdominalschm., Abdominalbeschw., Oberbauch-

schm., Dyspepsie, Flatulenz, Übelk., Erbrechen, Blähungen, Diarrhö, trockener Mund, gastroösophagealer Reflux, Pruritus, Hautausschlag, Urtikaria, Myalgie, Arthralgie, Rückenschm., Muskelspasmen, Muskelschwäche, muskuloskelett. Beschw., u. Schmerzen, Nackenschm., Schmerzen in d. Gliedmaßen, Asthenie, Abgeschlagenheit, Fatigue-Syndr., Unwohlsein, Schmerzen im Brustkorb, periph. Ödeme; Schlafstör., Schilddrüsengr., B. Kdr. u. Jugendl. v. 10–17 J. mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie: Erhöhd. von ALT u. od. AST (z. 3x ULN), CPK-Erhöhd. (z. 10 x ULN). Die folgenden NW wurden zusätzl. nach Markteinführung unter INEGY® bzw. in klin. Studien od. nach Markteinführung unter einem der einzelnen Bestandt. berichtet: Thrombozytopenie, Anämie, periph. Neuropathie, Beinsch., d. Erinnerungsvorgänge, Husten, Dyspnoe, interstit. Lungenerkrankh., Obstipation, Pancreatitis, Gastritis, Alopecia, Erythema multiforme, Überempf.-reakt. einschließl. Hautausschlag, Urtikaria, Anaphylaxie, Angioödem, Muskelkrämpfe, Myopathie (einschl. Myositis), Rhabdomyolyse mit od. ohne akutem Nierenversagen, Tendinopathie (gelegentl. bis hin zur Sehnenruptur), vermind. Appetit, Hitzeempfindung, Hypertonie, Schmerzen, Hepatitis/ikterus, Leberversagen m. teils tödl. Ausgang, Cholelithiasis, Cholezystitis, erektil. Dysfunktion, Depression, Schlaflosigkeit. Seltene Hypersensitivitätssyndr. einschli. angioedemat. Ödem, Larynx-ödem, Synchr., Polymyalgia rheumatica, Dermatomyositis, Vasculitis, Thrombozytopenie, Eosinophilie, Beschleunigung der Blutsenkungsgeschwindigkeit, Arthritis u. Arthralgie, Urtikaria, Photosensitivität, Fieber, Hitzeempfindung (Flushing), Dyspnoe u. allg. Krankheitsgefühl. Laborwerte: Erhöhungen der alkal. Phosphatase, Abweichungen in Leberfunkt.-tests. Berichte in Zusammenhang mit Statinen einschli. Simvastatin: Erhöhungen von HbA_{1c} u. Nüchternblutzucker, kognitive Beeinträcht. (z. B. Gedächtnisverlust, Vergesslichkeit, Amnesie, Gedächtnisstörungen, Verwirrung), i. A. nicht schwerw. u. nach Absetzen reversibel. Die folgenden NW wurden bei einigen Statinen berichtet: Schlafstör., einschli. Alpträume; Stör. der Sexualfunkt.; Diabetes mell. (Häufigk. abhäng. v. d. Vorhandensein od. d. Fehlen v. Risikofaktoren). **Verschreibungspflichtig.**

Bitte lesen Sie vor Verordnng von INEGY® die Fachinformation!

Pharmazeutischer Unternehmer:
Merck Sharp & Dohme Limited
Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU
Verenigtes Königreich

Lokaler Ansprechpartner:
MSD SHARP & DOHME GMBH, Lindenplatz 1, 85540 Haar
Tel: 0800 673 58 30
Fax: 0800 673 673 329
E-Mail: info@merck.de

Mitvertreib:
MSD SHARP & DOHME GMBH, 85530 Haar
GIBRET PHARMAZELTISCHE GMBH, 85530 Haar
DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH, 85530 Haar
ESSEX PHARMA GMBH, 85530 Haar
MSD CHEMOPHARM GMBH, 85530 Haar
VARIPHARM ARZNEIMITTEL GMBH, 85530 Haar

MSD
Infocenter

univadis®
ein Service von MSD

Tel: 0800 673 58 30
Fax: 0800 673 673 329
E-Mail: info@univadis.de
www.univadis.de
0800 673 58 30
info@univadis.de

0800-1065864-0000-11172

Referenzen: * LDL wird als Kälzöl für Low Density Lipoprotein Cholesterin verwendet. 1. Goldberg et al.: Mayo Clin Proc. Dec 2006;81(12):1579-1588 2. Farnier et al.: International Journal of Cardiology 102 (2005) 327-332

Bei Metastasen eher bestrahlen?

Suche nach Kriterien für Erfolg der Krebstherapie

Aus der Fachliteratur

STOCKHOLM/REDHILL – Für Patienten mit metastasierendem Prostatakarzinom könnte die Bestrahlung eher geeignet sein als eine frühe Operation, darauf weisen neuere Untersuchungsdaten hin.

In einer größeren Studie¹ verglich man die 15-Jahres-Überlebensraten von insgesamt 34 000 Patienten mit Prostatakrebs, die entweder bestrahlt oder operiert wurden. Den Daten zufolge gibt es Hinweise, dass Männer mit metastasierendem Prostatakarzinom möglicherweise eher von einer Strahlentherapie als von einer frühen Operation profitieren.

Die bisherigen Erkenntnisse zum Erfolg von Bestrahlung und Operation bei Prostatakrebs – im Vergleich – stützen sich auf zwei randomisierte Studien an jungen Männern mit Hochrisiko-Tumoren, erinnert ein Kommentator.² Auch in der aktuellen Studie profitierte diese Subgruppe (ohne Metastasen) von der frühen Operation. Bekamen diese Männer zuerst eine Bestrahlung, fiel ihre Prognose im Vergleich zu den operierten Patienten deutlich schlechter aus. mm

1. Prasanna Sooriakumaran et al., BMJ 2014; 348: online
2. Abhay Rane, a.a.O.