

# Erectiestoornissen: somatische therapieën<sup>o</sup>

Michiel W. Hengeveld\*

SB 6.044 SB 6.049 SB 6.11

*De belangstelling voor somatische factoren in de diagnostiek en behandeling van erectiestoornissen is enorm toegenomen. Het is van groot belang dat psychoseksuologen bij deze ontwikkeling betrokken blijven. Daarom wordt in dit artikel een overzicht gegeven over de farmacotherapie en de chirurgische therapie van erectiestoornissen.*

## Inleiding

De belangstelling van urologen, vaatchirurgen en andere somatische specialisten voor erectiestoornissen is het laatste decennium enorm toegenomen (Wagner en Green, 1981; Bennett, 1982). Om verschillende redenen is dit een positieve ontwikkeling. Er ontstaat hierdoor meer aandacht voor de seksuele gevolgen van operaties, bijvoorbeeld bij stomapatiënten. Het blijkt dat organische factoren vaker een rol spelen bij het ontstaan van erectiestoornissen dan men traditioneel in de seksuologie meende (Hengeveld, 1983; Hengeveld en Jonas, 1982; Levie, 1984; Schiavi, 1981). En het diagnostische en therapeutische arsenaal bij erectiestoornissen is toegenomen (Wagner en Green, 1981).

Er zijn echter ook negatieve gevolgen van deze somatische belangstelling. De neiging bestaat om zich te fixeren op het vaststellen en behandelen van organische factoren. De heilloze dichotomie tussen zogenaamde organische en psychogene impotentie wordt versterkt, terwijl psychosociale factoren bij *alle* erectiestoornissen een rol spelen (Levie, 1984; Hengeveld, 1986). Bovendien zijn de somatisch georiënteerde artsen en hun patiënten

<sup>o</sup> geaccepteerd 10 maart 1987

\* Psychiater-seksuoloog, afdeling Psychiatrie, B1-P, Academisch Ziekenhuis, Postbus 9600, 2300 RC Leiden.

dikwijls sterk gericht op de instrumentele, prestatiegerichte vorm van seksualiteit.

Er lijkt daarom voldoende reden te bestaan om er voor te zorgen dat seksuologen sterk betrokken blijven bij deze somatische ontwikkelingen in de diagnostiek en behandeling van erectiestoornissen. Waarschijnlijk ontbreekt het veel seksuologen echter aan kennis op dit gebied. Daarom geeft dit artikel een overzicht over de farmacotherapie en de chirurgische therapie van impotentie.

## **Farmacotherapie**

### *Androgene hormonen*

Dit is een middel waarnaar huisartsen nogal een plachten (plegen?) te grijpen bij de oudere patiënt met secundaire erectiestoornissen. Men geeft testosteron depotinjecties van 250 mg per twee of drie weken of driemaal daags een testosteroncapsule van 40 mg. Deze therapie is echter zelden rationeel, behalve bij een aangetoond tekort aan mannelijk hormoon door onvoldoende functioneren van testikels of hypofysevoorkwab (Schiavi, 1981). Bij een psychogene erectiestoornis zouden androgenen mogelijk de libido verhogen, waardoor soms een vicieuze cirkel kan worden doorbroken. Ook het placebo-effect is wellicht van belang. Maar de kans op teleurstelling is groot: een falende erectie bij een verhoogde libido versterkt alleen het vicieuze proces. Bovendien kan de somatische fixatie ook nog toenemen.

### *Yohimbine*

Deze stof, gemaakt van de bast van de Afrikaanse boom Yohimbehe, is een klassieke afrodisiacum (Slob, De Jong en Leentvaar, 1987). In de medische seksuologie wordt Yohimbine nogal eens voorgeschreven uit verlegenheid, met de hoop dat het op zijn minst een placebo-effect zal hebben. Toch is er mogelijk wel een farmacotherapeutische werkzaamheid. Het is namelijk een stof die remmend werkt op de zogenaamde alfa-receptoren in de orthosympatische autonome zenuwbanen. Dergelijke alfa-blokkers geven verbetering van de bloeddorstrooming in de kleinere vaten. Vergelijkbare stoffen worden daarom gebruikt als vaatverwijders of bloeddruk-verlagende medicijnen.

Een nog niet gepubliceerd onderzoek van Surrige (1987) geeft een aanwijzing voor deze mogelijke werkzaamheid. In een dubbelblind, placebo-gecontroleerd onderzoek werd gedurende enkele maanden driemaal daags 6 mg Yohimbine voorgeschreven aan 13 mannen met psychogene impo-

tentie. Hiervan herstelde 46% totaal, terwijl in de controlegroep van 19 mannen 26% genas.

#### *Injecties met papaverine*

Papaverine is een klassiek middel tegen spasmen van de dikke darm. Het geeft ontspanning van glad spierweefsel, ook in de bloedvaten. Sinds enkele jaren wordt het in Amerika toegepast bij erectiestoornissen, sinds kort ook in Nederland (Van Driel, Zwiers, Hooykaas, Brouwer en Boonstra, 1986). Men leert de patiënt zichzelf een injectie van 20-100 mg papaverine in één zwellichaam van de penis te geven. Dit blijkt niet pijnlijk te zijn. De erectie die hierop volgt duurt gemiddeld ruim twee uur. Soms ontstaat er een langdurige, pijnlijke erectie, waarbij afkoeling met ijsblokjes of inspuiting van bijvoorbeeld epinefrine nodig is. Er zijn verder geen schadelijke bijwerkingen gebleken, maar niemand weet wat de effecten op langere duur zullen zijn. Men past dit middel vooral toe bij jonge mannen die impotent zijn geworden door zenuwbeschadigingen, bijvoorbeeld bij dwarslesiepatiënten. Het valt te overwegen om dit middel gedurende korte tijd te gebruiken bij mannen met een lang bestaande erectiestoornis, waarbij men met seksuologische therapie niet in staat is gebleken om de vicieuze cirkel, onderhouden door de faalangst, te doorbreken.

### **Chirurgische therapie**

#### *Vaatoperaties*

Vasculaire oorzaken van erectiestoornissen komen steeds meer in de belangstelling te staan. De impotentie van de oude man heeft waarschijnlijk vaak te maken met de slechtere bloedvoorziening van de penis, vooral wanneer er sprake is van een hoge bloeddruk of van suikerziekte. Bij jongere mannen kunnen vaten beschadigd raken door fracturen van het bekken. Soms is er wel voldoende erectie als de man rustig ligt, maar wordt de bloedvoorziening onvoldoende bij inspanning van been- en bilspier ('pelvic steal syndrome'): de bloedvaten kunnen onvoldoende bloed leveren voor zowel fysieke activiteit als een erectie (Wagner en Green, 1981).

Men kan tegenwoordig vrij eenvoudig de bloeddruk in de penis meten, en deze vergelijken met die in de arm. Dit geeft de Peno-Brachiale Index (PBI), die normaal boven de 0,6 moet zijn. Ook de bloeddorstrooming in de penis kan in het vaatlaboratorium worden vastgesteld. Bij verdenking op afwijkingen in de bloedvaten in bekken of penis kan men röntgencontrastonderzoek van deze vaten verrichten (angiografie of cavernosografie) (Wagner en Green, 1981; Bennet, 1982).

In een klein aantal centra worden al vrij lang vaatoperaties verricht bij impotente mannen. Men maakt vaatomleggingen van allerlei soort. De resultaten zijn nog omstreken en dikwijls slechts tijdelijk goed, met name bij oudere mannen met algemeen vaatlijden. Mogelijk zijn er betere resultaten te verkrijgen bij jongere mannen met plaatselijke beschadigingen van de grotere bloedvaten.

Sinds kort is men ook geïnteresseerd in *veneuze lekken* als oorzaak van erectiestoornissen. Hierbij is de bloedtoevoer voldoende, maar loopt het bloed via de aders weer de penis uit omdat de klepmachanismen niet goed functioneren. Een klinische aanwijzing hiervoor is het bestaan van slechts kortdurende erecties. Men spoort deze lekken op door het opwekken van een *artificiële erectie*: normaal is het mogelijk een erectie tot stand te krijgen door vloeistof in het zwellichaam te laten stromen met een snelheid van 80-120 ml per minuut. Is er eenmaal een erectie, dan is ongeveer 40 ml per minuut voldoende om deze in stand te houden. Bij een veneus lek zijn veel hogere stroomsnelheden nodig: respectievelijk 160-300 en 60-140 ml per minuut. De therapie van deze zeldzame afwijking is het afbinden van de vena dorsalis penis, de ader boven op de penis.

#### *Erectieprothesen*

Ik gebruik nadrukkelijk niet de bekende term penisprothese, omdat het gaat om een kunstmatige erectie en niet om een kunstpenis. Het principe hiervan is simpel: in de beide dorsale zwellichamen worden twee staafjes of cilinders van kunststof ingebracht, waardoor de penis min of meer stijf wordt. De eenvoudigste vorm is een semirigide prothese, waarbij een permanente erectie aanwezig is. Hiervan afgeleid zijn verschillende prothesen die min of meer buigzaam zijn, zoals de prothese van kunststof met gevlochten zilverdraad erin die werd ontworpen door de Leidse hoogleraar urologie Jonas. Met name in Amerika zijn verschillende ingenieuze, oppompbare prothesen ontworpen. Hierbij bevindt zich een vloeistofreservoir onder de buikspieren en een pompje met ventiel in het scrotum (Hengeveld en Jonas, 1982; Wagner en Green, 1981; Bennet, 1982)

Chirurgisch gaat het om een eenvoudige ingreep, waarbij zelden complicaties optreden. Soms moet de prothese weer verwijderd worden wegens infectie, bloeding, beschadiging of pijnlijkheid. De oppomp-prothese is kwetsbaarder voor mechanische mankementen. In de urologische literatuur zijn nu enkele duizenden van dergelijke operaties beschreven, waarbij ruim 90% van de mannen zegt tevreden te zijn (Sotile, 1979; Collins en Kinder, 1984).

Naar de psychoseksuele gevolgen van een erectieprothese is alleen onge-

controleerd, retrospectief onderzoek gedaan, meestal met vragenlijsten die per post zijn opgestuurd. Inmiddels heb ik veertien publikaties over dergelijke onderzoeken bij mannen opgespoord\*. Het aantal respondenten bedroeg 15-137 (mediaan: 44), de respons (voor zover vermeld) bedroeg 23-100% (mediaan: 67%). De mannen waren tevreden voor 47-100% (mediaan: 87%). Ontevredenheid werd geuit door 1-23% (mediaan: 11%). Een enkel keer werd ook naar andere aspecten gevraagd, zoals een verbetering van de relatie in 51-85% en een verhoging van het zelfgevoel in 70-100%. Meestal werden geen positieve correlaties gevonden tussen goede resultaten en andere variabelen. De follow-up periode, voor zover vermeld, was één maand tot acht jaar.

Naar de tevredenheid van de vrouwelijke partners is nog minder onderzoek verricht, maar de getallen die hier uit naar voren komen liggen in dezelfde orde van grootte. In Leiden zijn we momenteel bezig met een groot prospectief onderzoek, waarbij alle mannen en hun eventuele partners uitvoerig onderzocht worden en uitgebreide vragenlijsten invullen vóór en minstens één jaar na verschillende behandelingen.

### **Keuze van therapie**

Men kan principieel tegenstander zijn van een somatische therapie voor een stoornis waarbij psychische factoren altijd een rol spelen, hetzij oorzakelijk, hetzij als gevolg. Een medicamenteuze of chirurgische behandeling kan voorbijgaan aan intrapsychische of relationele betekenis van het symptoom. Het gevaar is ook dat door het aanbod van dergelijke therapieën alternatieve oplossingen worden afgesneden. De moderne geneeskunde biedt steeds meer technologische oplossingen voor elke kwaal, waardoor patiënten straks nog het 'recht op een erectie' kunnen opeisen. Bovendien bevestigen deze somatische therapieën de neiging tot instrumentele, genitale prestatieseks die deze mannen toch al dikwijls lijken te hebben. Daar staat tegenover dat seksuologen nogal eens over het hoofd zien dat de intrapsychische of relationele problemen vaak het gevolg in plaats van de oorzaak van de erectiestoornis zijn. De zelfwaardering van veel mannen is sterk afhankelijk van hun potentie, zover zelfs dat de impotentie kan leiden tot ernstige depressiviteit. Een niet-geslaagde behandeling van een langdurige, therapie-resistente erectiestoornis kan daarom bijzonder funest zijn; ik heb hier zeker voorbeelden van gezien. Bovendien moet men niet vergeten dat

\* Een lijst van deze publikaties is bij de auteur te verkrijgen.

lang niet iedere man of vrouw bereid of in staat is tot een vorm van psychoseksuologische therapie of tot inzicht in seksstereotypieën of rolpatronen.

Mijn uitgangspunt bij de keuze van therapie is daarom niet ideologisch, maar pragmatisch en eclecticisch. Om te beginnen is het van belang om vast te stellen welke organische en psychische factoren een rol spelen in het tot stand komen van de erectiestoornis. Probleem daarbij is dat de klassieke argumenten uit de anamnese die pleiten voor een organische dan wel een psychogene etiologie ons dikwijls in de steek laten. Ook de moderne onderzoeksmethoden geven echter dikwijls geen uitsluitel: als er afwijkingen worden gevonden, dan weten we niet of deze de erectiestoornis voldoende verklaren. Meestal komen we wel uit dit probleem als we ons niet blind staren op de dichotomie organisch-psychogeen, en ervan uitgaan dat de erectiestoornis veroorzaakt wordt door een ingewikkeld samenspel van organische, en psychische etiologische factoren (Levie, 1984; Hengeveld, 1986). Maar ook als we een idee hebben van dit complex van oorzaken, dan is daarmee de keuze van therapie nog niet bepaald. Deze hangt veeleer af van andere factoren, de zogenaamde *prognostische indicatoren*. Deze geven ons aanwijzingen welke therapie het beste helpt bij welke erectiestoornis van welke patiënt. Zo zijn er op grond van effect-onderzoek van psychoseksuologische behandelingen van erectiestoornissen wel aanwijzingen welke factoren prognostisch ongunstig zijn. Dit zijn *relatieve contraïndicaties voor psychoseksuologische behandeling* (Hengeveld, 1986):

- primaire impotentie
- lange duur (b.v. meer dan twee jaar)
- sluipend begin
- oudere leeftijd
- geringe libido
- homoseksuele geaardheid
- niet-gemotiveerde patiënt of partner
- ernstige relatie-problemen
- ernstige psychiatrische stoornis.

Op grond van de beschrijvende literatuur en van eigen ervaringen ben ik gekomen tot de volgende, voorlopige, *relatieve contra-indicaties voor somatische behandeling* (Hengeveld, 1986):

- irreële verwachting van verbetering libido, opwinding, ejaculatie of orgasme
- irreële verwachting van verbetering van intrapsychische of relationele problemen
- geringe libido
- andere seksuele problemen voorafgaand aan de erectiestoornis

- afkeer van angst voor de vorm van therapie bij patiënt of partner
- niet-gemotiveerde patiënt of partner
- relatieproblemen
- ernstige psychiatrische stoornis
- somatoforme psychiatrische stoornis (conversie, psychogene pijn of hypochondrie)
  - crisissituatie, zoals (dreigende) scheiding, ernstige ziekte, operatie of rouw
  - geen serieuze poging tot psychoseksuologische therapie gedaan.

Het heeft bijvoorbeeld weinig zin om streel oefeningen voor te schrijven aan een oude man met een langbestaande erectiestoornis, vooral wanneer zijn vrouw afkerig is van alle non-coïtale seksuele activiteiten. Evenmin is het zinvol om een chirurgische behandeling voor te stellen aan een man die hoopt met een erectieprothese zijn huwelijksproblemen op te lossen, vooral wanneer zijn vrouw al griezelt bij de gedachte aan zo'n kunstmatige erectie. In situaties waarin er relatieve contraïndicaties bestaan voor beide soorten behandeling (bijvoorbeeld een geringe libido of een ernstige psychiatrische stoornis) kan een andere behandeling of géén behandeling aangewezen zijn.

### Tenslotte

Uit het bovenstaande moge blijken dat ik van mening ben dat de diagnostiek en de behandeling van erectiestoornissen een te complexe materie is om over te laten aan onze somatische collega's. Het lijkt daarom van groot belang dat de seksuologen betrokken worden en blijven bij deze groep patiënten. Daartoe is wel nodig dat de weerstanden en vooroordelen tegen de somatische kijk op impotentie, die nogal eens voorkomen bij (niet-medische) seksuologen, verminderen. Hieraan hoopt het bovenstaande te hebben bijgedragen.

### Literatuur\*

- Bennet, A. H. (red.) (1982). *Management of male impotence*. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Collins, G. F. en B. N. Kinder (1984). Adjustment following surgical implantation of a penile prothesis: a critical overview. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 10: 255-271.
- Driel, M. F. van, W. Zwiers, J. A. P. Hooykaas, O. F. Brouwer en S. Boonstra (1986). Injectie

\* Er wordt alleen verwezen naar relevante overzichtsliteratuur.

van papaverine in de corpora cavernosa penis ter behandeling van impotentia erigendi. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 130: 1647-1649.

Hengeveld, M. W. (1983). Erectile dysfunction: a sexological and psychiatric review. *World Journal of Urology*, 1: 227-232.

Hengeveld, M. W. (1986). Impotence: diagnosis and choice of therapy. *World Journal of Urology*, 3: 249-252.

Hengeveld, M. W. en U. Jonas (1982). Impotentie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 126: 103-110.

Levie, L. H. (1984). Potentiestoornissen: psychogeen of somatogeen? *Modern Medicine*, 8: 1563-1568.

Schiavi, R. C. (1981). Male erectile disorder. *Annual Review of Medicine*, 32: 509-520.

Slob, A. K., M. W. de Jong en E. J. Leentvaar (1987). Testosteron en Yohimbine als afrodisiaca. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 11: 8-15.

Sotile, W. M. (1979). The penile prosthesis: a review. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 5: 90-102.

Surridge, D. (1987). Die Behandlung der psychogene Impotenz. In: U. Jonas (red): *Potenzstörungen*. Springer, Heidelberg, in druk.

Wagner, G. en R. Green (1981). *Impotence: physiological, psychological, surgical diagnosis and treatment*. Plenum Press, New York.

### Summary

#### *Erectile disorders: pharmacological and surgical therapies*

The interest in the biomedical aspects of the diagnosis and treatment of erectile disorders has enormously increased. Because it is of great significance for sexologists this article presents an overview of the modern pharmacological and surgical therapies of erectile dysfunctions.