

## REDACTIONEEL: 1998 HET JAAR VAN SILDENAFIL (VIAGRA®). EN WAT NU?

Koos Slob\*

"In 1998, nu precies 50 jaar geleden, kwam voor behandeling van erectiele disfunctie voor het eerst een effectief oraal medicament op de markt. Het begon in de Verenigde Staten van Noord Amerika, maar breidde zich snel uit over de gehele wereld. Wekenlang was het wereldnieuws en hield het de media bezig. Nooit eerder werd zo openlijk over seksualiteit en seksuele problematiek en de behandeling daarvan gesproken. Men sprak over een doorbraak. Sildenafil (Viagra®) bleek het eerste van een reeks orale medicamenten te zijn, die het optimaal seksueel functioneren van mannen en vrouwen tot op hoge leeftijd kon bewerkstelligen." Dit zou een alinea kunnen zijn in de "Geschiedenis van de Seksuologie" uit 2048 .....

Wij leven nu en maken het mee, we staan er midden in (zie bv. congresverslag van Bolle en Moors in dit nummer). Is sildenafil een doorbraak? Wat moeten we ermee als seksuologen? Is praten verleden tijd en lossen we seksuele disfuncties wel even op met een pilletje? Dit laatste denk ik niet. Naar mijn idee is sildenafil een doorbraak op verschillende terreinen: voor de dokter, voor de seksuoloog en voor de patiënt/cliënt. Zoals eerder gezegd: medicamenteuze behandeling bij seksuele problemen, naast en met psychologische behandeling/begeleiding, dient aandacht te krijgen (Slob & Gianotten, 1996). Ik beperk me hier tot erectieproblemen bij de man.

Er is nogal wat gebeurd op urologisch/seksuologisch terrein in de afgelopen 15 jaar, zeker waar het erectiele disfunctie (ED) bij de man betreft (Moors, Lottman & Slob, 1997). Eerst kwamen er de berichten dat meer dan 75% van de mannelijke disfuncties somatisch waren. Een goede reden (of een excuus?) om allerlei lichamelijk onderzoek te gaan doen bij de man met ED. Vervolgens kwam er de mogelijkheid medisch-technisch te gaan behandelen. Helaas werd hiermee de psychologische component naar het tweede plan geschoven. Er kwam een heel scala aan onderzoeksmethoden beschikbaar, om er enkele te noemen: Rigiscan®, erectiometer®, color-doppler, diagnostisch intracaverneuze (proef)injecties, psychofysiologisch onderzoek. Er kwamen allerlei behandelmethoden: erectieprothese van zeer simpel tot heel ingenieus, vaatchirurgie, vacuumpomp, yohimbine, autoinjectie-therapie.

De eerste artikelen over tevredenheid met de therapie waren bijna altijd veelbelovend, maar na verloop van tijd bleek uit lange termijn studies dat het toch veel minder succesvol was dan gewenst (Heiman & Meston, 1997) (zal dat met sildenafil ook zo gaan?). Veel patiënten stopten met de behandeling (of maakten nooit meer gebruik van hun erectieprothese!) en namen niet meer de moeite terug te gaan naar hun dokter. Die kon immers niets meer voor hen doen.... Of ze gingen na lange tijd opnieuw als er weer eens een uitzending over dit onderwerp op TV was.

Hoe is de medische praktijk op dit moment? Momenteel wordt uitgebreid differentiaal diagnostisch onderzoek bij de ED-patiënt (om achter de oorzaak van het probleem te komen) nauwelijks meer zinvol gevonden, aangezien de therapeutische (=somatische) behandel mogelijkheden beperkt zijn (en vaak onafhankelijk van de diagnose): autoinjectie-therapie, vacuumpomp en erectieprothese. In de praktijk zien we dan dat urologen na een beperkt (of geen) onderzoek mannen direct met autoinjectie-therapie laten beginnen in de thuissituatie, met vrijwel geen begeleiding. Veel patiënten zijn op deze wijze niet geholpen.

Nu de introductie van sildenafil een feit is, is het goed ons te bezinnen. Laten we er van uitgaan dat het middel bij een redelijk aantal patiënten (ca 70%) zal werken (Goldstein et al., 1998). Het is een tamelijk prijzig medicijn: rond de f 18,- per pil, niet vergoed door de zorgverzekeraars. Wat te doen? (zie ook het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1998, 142, nr. 43).

\* Prof. Dr. A.K. Slob, hoofdredacteur, Afdeling Endocrinologie & Voortplanting, Erasmus Universitair Medisch Centrum (EMCR), Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

In elk geval niet 'domweg' gaan voorschrijven als er om gevraagd wordt. Er is nog een scala aan therapeutische mogelijkheden voorhanden voor de patiënt met ED. Een behoorlijk, niet al te uitgebreid diagnostisch onderzoek (goede anamnese, lichamelijk onderzoek, en mogelijk psychofysiologisch onderzoek) blijft belangrijk om er achter te komen, in nauwe samenspraak met de patiënt en zijn partner, welke therapie voor hen het beste is. Welke therapie ook, vrijwel altijd zal het mijns inziens gepaard dienen te gaan met seksuologische begeleiding van het paar. Laat patiënten en hun partner snel, bv na 2 of 3 weken, één (of enkele) vervolggconsult(en) maken en bespreek de resultaten van de therapie, of dat nu orale medicatie is, het gebruik van een vacuumpomp of autoinjectietherapie. Zo'n vervolggconsult hoeft niet lang te duren, geeft de therapeut(e) informatie en kan nuttig zijn om snel eventuele problemen van de patiënt en zijn partner met de therapie op te lossen. Ik heb het idee dat als er in het verleden zo standaard zou zijn omgegaan met de verschillende therapieën, somatische zowel als psychologische, er een groter succes zou zijn geboekt, met veel minder "dropouts". Bijvoorbeeld doordat meer mannen hun eigen spontane erecties zouden hebben teruggekregen, en de vicieuze cirkel zouden hebben kunnen doorbreken dankzij de begeleiding. Dat is ook een van de gunstige neveneffecten die ik verwacht van de 'erectiepil': het doorbreken van de vicieuze cirkel, het terugkrijgen van hun zelfvertrouwen en weer zonder medicatie kunnen genieten van hun seksualiteit.

De inhoud van dit nummer. Het begint met een uitstekend artikel van **Vansteenwegen** over een follow-up onderzoek na relatietherapie, met de nadruk op die paren die (toch) gescheiden waren. Eén van de conclusies was dat de meeste gescheiden cliënten hun relatietherapie als nuttig ervaren hebben en hun scheiding als een positieve ervaring. Een aanmoediging voor paren die willen gaan scheiden om relatietherapie te overwegen? In het tweede artikel bespreekt **Drenth** op zijn eigen wijze pijn bij het vrijen bij de vrouwelijke patiënt. Een zeer lezenswaardig artikel met veel praktijkinformatie. **Bolle** behandelt een weinig belicht onderwerp in de seksuologie: seksualiteitsbeleving van de HIV-seropositive patiënt. Ze geeft een indringend beeld en stelt dat er veel meer aan de hand is dan te hameren op 'safe sex'!

**Weijmar Schultz** en **Van de Wiel** reageren op een review-artikel van De Jong et al over het vulvair vestibulitis syndroom (TvS, 1998, 22: 52-61) en zeggen dat zij verkeerd zijn geciteerd en benadrukken dat het bij een werkelijk geïntegreerde benadering past, in tegenstelling tot het AMC-standpunt, de patiënt mede de keuze te laten welke therapie in te gaan. Een verslag van de jaarlijkse wetenschappelijke bijeenkomst van de International Academy of Sex Research (de 24ste op rij) wordt op persoonlijke wijze gegeven door **Vanwesenbeeck**. Niet alles wat daar werd gepresenteerd kon haar boeien. Dat kan niet (of misschien toch wel?) gezegd worden van **Bolle** en **Moors** die uitgebreid verslag doen van het Wereldcongres over Impotentie Onderzoek (juni 1998, Amsterdam). Illustratief is de titel van hun artikel: De erectie onder het dictaat van de moleculaire chemie. Veel hebben ze gehoord en geleerd over de man en zijn penis-problemen, doch node hebben zij aandacht voor de partner en de relatie van de man gemist.

Tot slot de abstracts van de voordrachten gehouden tijdens de jaarlijkse wetenschappelijke vergadering van de **Nederlands-Vlaamse Vereniging voor Impotentie Onderzoek (NVIO)**. Dit is inmiddels een traditie geworden. Het geeft de lezenden van dit tijdschrift een idee van het wetenschappelijk onderzoek in Nederland en Vlaanderen op dit terrein in het afgelopen jaar. Misschien dit jaar wat minder abstracts dan vorige jaren, maar de inspanningen van velen voor het wereldcongres in juni jl was daar wellicht debet aan.

#### Literatuur

- Goldstein, I., T.F. Lue, H. Padma-Nathan, R.C. Rosen, W.D. Steers en P.A. Wickler (1998). Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. Sildenafil Study Group. *New England Journal of Medicine*, 338: 1397-1404.
- Heiman, J.R. en C.M. Meston (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research*, 8: 148-194.
- Moors, J.P.C., P.E.M. Lottman en A.K. Slob (1997). Diagnostiek en effectiviteit van behandeling bij erectiestoornissen: een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 21: 215-235.
- Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1998), 142, nr. 43, 24 oktober.
- Slob, A.K. en W.L. Gianotten (1996). Medicamenteuze behandeling van seksuele problemen bij mannen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140: 2029-2032.