

De man en zijn partner achter een of andere vorm van erectiestoornis

Jan Moors¹ & Koos Slob²

Een erectiestoornis is vaak één symptoom van een veel breder geworteld minder welbevinden. Met de moderne therapeutische mogelijkheden blijkt in de praktijk regelmatig dat alleen het corrigeren van een slappe penis onvoldoende is. In dit essay gaan we na wat de impact van deze constatering is op diagnostiek en therapie. Daarbij richten we ons allereerst op het diagnostische proces zoals zich dat in Nederland ontwikkeld heeft. De aandacht voor het menselijk verhaal en het communiceren met de patiënt en zijn partner staan daarbij centraal. We geven een aantal voorbeelden hoe erectiestoornissen de (huis)arts gepresenteerd worden. We leggen enige nadruk op het feit dat erectiele disfunctie bijna altijd ook de partner treft. Patiënt en partner worden het beste geholpen als ze een antwoord krijgen op hun 'totale pakket' van klachten en noden. Voldoende aandacht voor de beleving van alle betrokkenen is mogelijk via een zogenaamde biopsychosociale benadering. Communicatie vindt een vanzelfsprekend vervolg in een alerte counseling. Daarin let de (huis)arts/hulpverle(e)n(st)er er vooral op dat de voorgestelde therapie geaccepteerd wordt en of die - ook op wat langere termijn - een relevant antwoord vormt op de aangeboden problematiek.

Probleemverkenning

Met de komst van vasoactieve injectievlloeistoffen, erectiepillen en vacuümpompen kunnen erectiestoornissen langs een technische weg verholpen worden. Voor artsen kan daarmee de verleiding ontstaan om deze middelen zonder differentiële diagnostiek voor te schrijven: baat het niet dan schaadt het niet. Het is bekend dat nogal wat mannen het verkrijgen of uitblijven van een erectie als een technisch gebeuren beschouwen. Iets dat hen overkomt en dat even verholpen dient te worden. Bij de introductie van de erectiepillen, een paar jaar geleden, werd de vrees uitgesproken dat veel mannen - en soms ook hun dokters - voortaan iedere reflectie over de oorzaak van hun erectiel falen achterwege zouden laten en zich en masse op 'de pil' zouden storten. In Nederland viel dit allemaal nogal mee.

De huidige therapeutische mogelijkheden stellen ons dus in staat de patiënt te helpen een stijve penis te doen krijgen. Het is echter de vraag of de hulpvraag daarmee altijd adequaat beantwoord is. Een deel van de patiënten wil via een klacht omtrent hun erectie - soms zonder dat ze zich dat bewust

heel anders. Allerlei medische ontwikkelingen, zoals toenemende (super)specialisatie en min of meer dwingende classificatiesystemen en protocollen die daar een gevolg van zijn, richten de aandacht vooral op die aspecten die van belang geacht worden in het eigen vakgebied. De industriële reclame attendeert, zowel professional als consument - soms tot vervelens toe - op de 'onbegrensde' mogelijkheden van bepaalde geneesmiddelen. Daarbij wordt vooral interesse gewekt voor die deelaspecten die de werking van het aangeprezen middel moeten verklaren. Mede hierdoor

zijn of zonder dat ze dat in eerste instantie willen aangeven _ aandacht vragen voor iets ge

beperken ook huisartsen en specialisten zich soms tot het vaststellen van het symptoom en het in eerste instantie aanbieden van een niet al te ingewikkelde therapie. 'Je kunt immers niet steeds alles overhoop halen.' Hengeveld (1998) geeft aan dat het voorschrijven van een (orale) therapie bij erectiele disfunctie zonder zich voldoende te verdiepen in diagnose en relevante achtergronden - de man achter de penis _ de therapietrouw ongunstig beïnvloedt en kan leiden tot ernstige stoornissen in de relatie met de partner. Wat in dit verband precies bedoeld wordt met therapietrouw blijft in het midden. Het is tenslotte de patiënt die bepaalt of hij een 'voorgeschreven' geneesmiddel gebruikt of niet. Als zijn partner vindt dat de erectiepillen niet 'trouw genoeg' wordt ingeno

¹ Dr J.P.C. Moors, arts-seksuoloog. Debussylaan 3, 5242 HH Rosmalen

² Prof. Dr. A.K. Slob, med. fysioloog/seksuoloog NVVS, hoofdredacteur TvS. Afd. Endocrinologie & Voortplanting, Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

Geaccepteerd voor publikatie 21 september 2000

men kunnen relationele problemen ontstaan, ook als hij wel 'trouw' zijn pillen slikt.

Patiënten voelen zich in het algemeen beter geholpen als men een antwoord weet te geven op het 'totale pakket' van klachten, symptomen en de beleving daarvan. Deze zogenaamde biopsychosociale benadering onderkent ook de emotionele kanten van de (somatische) disfunctie. Een persoonlijke benadering met inbegrip van de beleving van alle betrokkenen verdient, ons inziens, dan ook de voorkeur (Drenth en Van Lankveld, 1998; Bolle en Emmelkamp-Keizer, 1998).

Variatie in de vorm en inhoud van hulpvragen

Mensen presenteren hun klachten zelden in de vorm van een diagnose. Ze leggen ons een klacht voor, bijna altijd met daarbij de vraag: kunt u me helpen of kunt u dit euvel verhelpen? Soms is er sprake van slechts één vraag: hoe komt het dat mijn penis niet (meer) stijf wordt of blijft? In de praktijk blijken veel variaties voor te komen. Enkele casus als voorbeeld:

| Een 32 jarige man, heeft sinds zijn jeugd diabetes mellitus. Sinds enkele jaren is zijn erectie totaal verdwenen. In overleg met zijn vriendin vraagt hij een 'sterke' erectiepillen of een injectie, omdat ze graag een kind willen.

| Een gezonde 78 jarige man, meer dan 50 jaar getrouwd, wil zijn vrouw bij gelegenheid van haar 75^{ste} verjaardag verrassen met een vrijpartij die hen aan hun lang vervlogen jeugd doet denken. Is er een middel, misschien een hormoon,

Noord-Afrika, heeft al enige tijd min of meer vage klachten. De seksuele aspecten worden, onder andere door een taalbarrière, niet erg duidelijk. Ten langens leste vraagt hij heel direct een recept voor de erectiepillen.

| Een 48 jarige man is bang dat zijn vrouw hem zal 'inruilen' voor een tien jaar jongere man waarop ze onlangs verliefd geworden is. Hij denkt dit te kunnen voorkomen als hij voor betere en langere erecties zorgt, en vraagt een recept voor intracaverneuze injecties.

| Een 60 jarige man is al lang manisch-depressief. Hij is een paar maal opgenomen geweest. Hij vraagt zich af: kan ik de mate waarin ik zin in seks heb of tekenen van een erectiestoornis bemerk beschouwen als signalen van mijn wisselende stemmingen?

| Een 36 jarige man zegt eronder te lijden dat hij niet meer op ieder gewenst moment van de dag een stijve penis krijgt. Daarom wil hij een erectiepillen proberen.

| Een 54 jarige man, die zich voortbeweegt in een rolstoel vanwege multiple sclerose heeft geregeld controles in het ziekenhuis. Op een vraag om een erectiepillen reageerde de specialist nogal lacherig: 'hoe zou u dat willen doen als hij weer stijf wordt?'

| Een 56 jarige man kwam zijn hele leven al snel klaar. Sinds hij een nieuwe vriend heeft lijkt het of zijn penis minder stijf wordt en soms ook minder lang stijf blijft. Zijn vriend raadt hem aan een erectiepillen of hormoonpillen te proberen.

Het diagnostisch proces van

dat ik zonder gevaar kan gebruiken?

| Een man begin 50 ziet het allemaal niet meer zitten. Op het werk, in de relatie en in zijn vrije tijd zit alles tegen. Nu komt daar nog bij dat hij 'impotent' geworden is. Hij maakt kennelijk een depressieve episode door. Kunt u met geneesmiddelen de vicieuze cirkel doorbreken?

| Een 63 jarige weduwnaar heeft sinds kort een vriendin. Negen maanden geleden overleed zijn echtgenote, waarmee hij bijna veertig jaar gehuwd geweest was. 'Ik weet dat u het misschien wel wat vlug vindt om nu al weer een andere vrouw te hebben, maar ik wil bij haar de eerste keer niet falen. Alstublieft, help me!'

| Een 23 jarige man kreeg onlangs te horen dat zijn vriend HIV-positief is. Sindsdien wordt zijn penis tijdens het vrijen niet meer goed stijf. 'Iedereen die ik dit vertel raadt me aan een recept voor de erectiepil te vragen', zegt hij.

| Een 38 jarige man, oorspronkelijk afkomstig uit

erectieproblematiek in Nederland

Achter ieder gepresenteerd erectieprobleem schuilt een menselijk verhaal. Soms blijkt een zeer gecompliceerde relationele geschiedenis van jaren 'plotseling' te culminereren in de manier waarop de vraag om hulp gebracht wordt. Als men bovenstaande betrekkelijk toevallig gekozen casus leest, is het niet langer de vraag of het uitblijven van een goede erectie organisch of psychisch, of die misschien vasculair of neurogeen van oorsprong is. Ook de tweedeling technische oplossing, c.q. voorschrijven van een geneesmiddel, versus seksuologische counseling komt dan op de tweede plaats. De eerste vraag van elke hulpverlener is: welk probleem wordt hier precies door wie en in welke omvang gepresenteerd? Op die vraag past één goed antwoord: *'neem professioneel, met empathie, een adequate anamnese af.'* Kortom breng zorgvuldig in kaart wat er

zoal rond de erectiele disfunctie speelt, en verhelder de meest relevante achtergronden.

DSM-IV en ICD-10 classificeren seksuele stoornissen en disfuncties vanuit een psychiatrisch perspectief (Moors en Everaerd, 1998). De term erectiele disfunctie 'een voortdurend of terugkerend onvermogen een adequate erectie te krijgen of vol te houden tot voltooiing van de seksuele activiteit', wordt in de praktijk ook gebruikt als het probleem mede het gevolg is van ziekte, gebrek of gebruik van genees- en genotmiddelen. De organische aspecten worden in de DSM-IV pas operationeel als er merkbaar leed of relationele problemen door veroorzaakt wordt. Daarmee komt een belevingsaspect van patiënt en eventuele partner in beeld. Het is in medische kring niet gebruikelijk aan organische en fysiologische disfuncties verbonden belevingsaspecten expliciet te betrekken in het diagnostisch proces. Vanuit de patiënt en diens partner bezien is de beleving van een kwaal of ziekte natuurlijk wel van primair belang, zij het dat ook zij daar meestal niet op de eerste plaats hulp voor vragen aan een *medicus*.

Anamnese

De diagnostiek van huisartsen is vaak een onbewust associatief proces. De huisarts vormt meteen bij binnenkomst van een patiënt een hypothese over de reden van diens komst en over de mogelijke aandoening (de Jongh & van Ruijven, 2000). Contextuele informatie over de patiënt speelt een belangrijke rol bij de diagnostiek. Het gemak waarmee de huisarts, in

uit naar wat, volgens patiënt en partner, het actuele probleem precies behelst. Als een huisarts een patiënt moet verwijzen, dient naar vermogen *het paar* verwezen te worden. Anamnese en heteroanamnese worden zo mogelijk buiten aanwezigheid van de partner afgenomen, hetgeen de kwantiteit en kwaliteit van de verkregen informatie belangrijk verhoogt. Enkele aspecten die in het 'eerste contact' aan bod komen, zijn: 1. wat is precies de hulpvraag? 2. is er een verschil tussen de probleemdefinitie en hulpvraag van beide partners? 3. welke bijzondere omstandigheden spelen in dit geval een belangrijke rol? 4. zijn er (chronische) ziekten of gebreken die deze situatie een bepaalde kleur geven? 5. gebruikt patiënt bepaalde geneesmiddelen die een erectiestoornis kunnen veroorzaken of de keuze van een eventuele medicatie kan beïnvloeden? 6. heeft de patiënt en zijn partner nog speciale wensen met betrekking tot diagnose of therapie? 7. zijn de partners op de hoogte van elkaars opvattingen en wensen terzake?

Een oriënterend

lichamelijk onderzoek vindt in het algemeen slechts plaats bij een 'niet pluisgevoel' van de arts of op verzoek van patiënt. Hierin verschilt de Nederlandse aanpak van die in bijna alle andere landen van de wereld. Dit verschil geldt overigens niet speciaal de diagnostiek van erectiele disfunctie. Ze heeft onder andere te maken met een lange traditie die allerlei ethische overwegingen, juridische en verzekeringstechnische kenmerken van onze gezondheidszorg een typisch Nederlandse kleur geeft.

dit geval, met erectiestoornissen en seksualiteit overweg kan, bepaalt mede of er een voldoende omvangrijke en diepgaande anamnese wordt afgenomen. Een goede anamnese en anamnese van de partner is nodig om de werkelijke hulpvraag te onderkennen en om enig inzicht te krijgen in de beleving van patiënt en diens partner omtrent de aangeboden disfunctie. Op hun beurt is deze kennis weer voorwaarde voor een adequate therapie.

In ons land wordt sinds jaar en dag een stappenplan gepropageerd dat vooral huisartsen en urologen helpt bij het adequaat aanpakken van erectiele disfunctie. Dit stappenplan is in de loop van de jaren geregeld aangepast aan de veranderende omstandigheden. De anamnese in dit stappenplan is gebaseerd op de zogenaamde *seksuologische mini-anamnese* (De Boer en Moors, 1998; Van Lunsen en Vink, 1998). De eerste interesse van de arts gaat

Een van de belangrijkste aspecten van het diagnostisch proces is het opbouwen en onderhouden van een **open communicatie** met de patiënt en diens partner. Daarbij kan het aanreiken van begrijpelijke patiëntenliteratuur (bibliotherapie) en voorlichtingsvideo's (videotherapie) een nuttig hulpmiddel zijn. De uitkomst van het diagnostisch proces wordt op een gestructureerde manier met hen besproken in een 'taal' die ze verstaan. De hulpvraag van patiënt en eventuele partner passeert nogmaals de revue, culminerend in een voorlopige diagnose of werkhypothese.

De meest *relevante therapeutische mogelijkheden* worden vervolgens met patiënt en partner besproken. Daarbij is het belangrijk erachter te komen of beiden, in gelijke mate, gemotiveerd zijn op dezelfde manier aan het probleem te gaan werken? Kunnen de specifieke wensen van *beide* partners in het voorgestelde therapieplan opgenomen worden?

Tegenstrijdige wensen

Interveniëren bij schijnbare of blijkbare aanwezigheid van tegenstrijdige wensen of belangen, die de partners wel of niet van elkaar kennen, is een heikele aangelegenheid. Partners hebben soms wel en in andere gevallen juist geen vermoeden van eventuele tegenstrijdige wensen met betrekking tot het opheffen van een erectiele disfunctie. Hier kan een moeilijk ethisch probleem opduiken: mag c.q. voelt de arts/hulpverlener zich verplicht te interveniëren bij eventueel bestaande of mogelijk later opkomende tegenstrijdige belangen? Er kan een - niet onderkende of onuitgesproken - spanning ontstaan als tegemoet gekomen wordt aan de wens van patiënt zijn erectie te verbeteren, terwijl de partner het na lange jaren eindelijk juist zo rustig vond dat zij niet meer 'zo nodig hoefde'. Of erger: een vrouwelijke partner ervaart het herstel van de erectie als een potentiële dreiging. (Huis)arts en hulpverlener die zulke tegenstellingen op het spoor komen kunnen voor een ernstig dilemma komen te staan. Immers een spontane loyaliteit met een van de partners is niet altijd verantwoord, en zeker niet de beste ingang voor goede hulp. Hierbij helpt het als men heel precies nagaat wie in feite welke hulp vraagt: de patiënt, de partner of het paar. Met wie is een 'behandelingscontract' gesloten? De huisarts kan patiënten waarbij deze problematiek te ingewikkeld ligt het beste verwijzen. Seksuologische hulpverleners zijn bijna altijd in staat dit aspect van hun helpen professioneel te lijf te gaan.

Rol van hulpverleners versus

Wetenschappelijk onderzoek versus hulpverleningspraktijk

In hoeverre uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek relevant zijn voor de dagelijkse hulpverleningspraktijk wordt slechts zelden expliciet aan de orde gesteld. Soms vloeit de relevantie voor de praktijk 'logisch' voort uit het type onderzoek: patiëntgebonden onderzoek zal vaker (h)erkend en eventueel toegepast worden door praktijkmensen dan fundamenteel wetenschappelijk 'basisonderzoek'. Misverstanden daaromtrent kunnen voorkómen worden als vertegenwoordigers uit beide disciplines geregeld met elkaar overleggen welke inzichten in ieders domein actueel zijn, en welke raken aan die uit andere disciplines. Dit essay kan ook beschouwd worden als een poging deze discussie op gang te brengen.

Cultuur en godsdienst

Ook bij erectiele disfunctie spelen cultuur en godsdienst vrijwel altijd een rol van betekenis. In de cultuur en godsdienst van de hulpvrager hebben potentie en erectie soms een totaal andere impact dan in die van de hulpverlener. Soms wordt de klacht in een voor de betreffende hulpverlener onduidelijke symbooltaal verpakt. Op dit gevoelige terrein begrijpt en verstaat men elkaars bedoelingen soms niet, of in ieder geval onvoldoende (Boedjarath et al., 1998). Het is overigens onmogelijk dat iedere hulpverlener een goed overzicht heeft over alle culturele aspecten van seksuele problemen van hier verblijvende allochtonen. Van de andere kant zijn er ook heel veel overeenkomsten in omgaan met emoties en seksualiteit tussen

wetenschappers

Hulpverleners bij seksuele problemen werken meestal vanuit de stiel waarin ze oorspronkelijk zijn opgeleid. Artsen en gedragswetenschappers kunnen daardoor niet alleen verschillen in hun praktisch handelen, maar ook in hun 'kijk' op de problemen. Daar bovenop komen nog allerlei persoonlijke verschillen die zowel aan de kant van de patiënt als aan die van de hulpverlener kunnen bestaan, zoals: 1. bij erectiele disfunctie verdient 'praten en pillen' de voorkeur; 2. tegemoet komen aan wensen van patiënten is essentieel voor goede hulp; 3. niet méér overhoop halen dan strikt noodzakelijk is; 4. zoeken naar situatieve snelle oplossingen van klachten heeft de voorkeur; 5. geef me maar een pil, praten kunnen we altijd nog; 6. niet 'alles wat kan' is voor iedereen het beste. 7. slechts een fundamentele analyse, zeker bij ernstige lijden, voldoet op de lange duur.

allochtonen en autochtonen. Het vereist bijzondere vóórzorg als men ook de allochtone partner wil betrekken bij het diagnostisch proces (Boedjarath et al., 1998).

Flowcharts en protocollen

Er zijn de laatste decennia nogal wat flowcharts door vooraanstaande onderzoekers en consensuspanels geproduceerd. Verhulst (2000) geeft daar acht voorbeelden van, waaronder die van Meuleman et al. (1999) en die van Rosen et al. (1999). Deze (inter)nationaal samengestelde panels schenken expliciet aandacht aan de klinische evaluatie van een potentiële dokter-patiënt dialoog, voor zover ze betrekking heeft op het disfunctioneren van de penis. Een partner kan ook de aanzet geven om hulp te vragen. Zij of hij blijkt bij nader inzien soms een rol te spelen in het ontstaan of in stand houden van de

erectiele disfunctie (Bolle, 1999). Als een ziekte of gebrek haar invloed uitstrekt naar de partner dient die, zo mogelijk, bij diagnostiek en therapie betrokken te worden. In moeilijke gevallen kan daarbij gebruik gemaakt worden van ervaringen uit de zogenaamde systeemtherapie (Vansteenwegen, 1999).

Recente flowcharts

De in flowcharts beschreven diagnostische processen krijgen bijna altijd een zwaar medisch-somatisch accent (Zie bijlage I). Wij voegen, wellicht ten overvloede, de recent verschenen Recommendations of the 1st International Consultation on Erectile Dysfunction (Jardin et al., 2000) hieraan toe. Zij geven nadrukkelijk aan dat voor een 'initiële evaluatie' van erectiel disfunctioneren een totale somatische anamnese, en een min of meer uitgebreid lichamelijk onderzoek inclusief een aantal laboratorium tests noodzakelijk is. Medici *buiten* Nederland menen dat een defensieve somatische benadering bijna altijd geïndiceerd is.

Verhulst (2000) ging na of wellicht sinds de komst van de effectieve autoinjectie therapie en orale medicatie behandelende artsen minder geïnteresseerd zijn geraakt in het stellen van differentiaal diagnoses. Volgens haar is dat niet het geval. Ze komt tot de conclusie dat, althans in die publicaties, zeker nog belang gehecht wordt aan degelijk differentieel diagnostisch onderzoek. Wetenschappers en consensusmedewerkers stellen soms mooie stappenplannen op, die in de praktijk niet altijd de gewenste

Het laatste woord is zeker nog niet gesproken

Erectiestoornissen presenteren zich, zoals de casus laten zien, in allerlei vormen. Nogal eens is het de partner die aan de bel trekt en aandringt op professionele hulp. Juist omdat erectiestoornissen per definitie aanmerkelijk leed en/of relationele problemen met zich mee kunnen brengen is de aanpak ervan persoonlijk en indien nodig psychosociaal en relatiegericht. Dat wil zeggen dat er per geval gezocht wordt naar het individuele leed van patiënt of partner. Waar de *oorzaken* van dat leed gezocht moeten worden is pas van therapeutisch belang als die tot een andere aanpak van de totale problematiek zouden leiden.

Alert counselen bij gebruik van geneesmiddelen

Met de komst van effectieve middelen kan men allerlei vormen van erectiestoornissen adequaat benaderen met het voorschrijven van deze geneesmiddelen in het kader van een alerte counseling. Het 'alerte' van de counseling zorgt ervoor dat als blijkt dat het leed niet voldoende wordt gelynigd andere hulp kan worden aangeboden. 'De erectiepil heeft zijn weg gevonden in de eerstelijns geneeskunde: 80% van de recepten wordt door huisartsen uitgeschreven. De uroloog en seksuoloog zien sindsdien voornamelijk mannen die niet goed reageren op sildenafil of die contra-indicaties vertonen voor het gebruik van dit medicament.' (Dohle, 2000).

Als er mede door de erectiestoornis relationele problemen zijn ontstaan,

weerklink vinden. In de dagelijkse praktijk liggen de zaken genuanceerder, en zal men zich nogal eens genoodzaakt voelen van deze richtlijnen af te wijken (de Jongh & Ruijven, 2000).

In 1999 werden veertig Schothorstcursussen 'erectiestoornissen' ten behoeve van huisartsen georganiseerd. Hierbij werden het Stappenplan Erectieproblematiek naar Moors (1998) en het Stappenplan Diagnostiek & Behandeling van Erectiestoornissen 1998 van de Round Table Conferentie centraal gesteld. In de evaluatie kwam naar voren dat huisartsen na het verhelderen van de klacht neigen naar eerst een pil te proberen; lukt dat niet of onvoldoende dan wordt een of andere vorm van counseling in stelling gebracht, of wordt de patiënt doorverwezen. Onduidelijk bleef of bij deze benadering wel een voldoende anamnese werd afgenomen. Er worden momenteel pogingen gedaan om via wetenschappelijk onderzoek meer inzicht te krijgen in hoe vaak huisartsen met erectiestoornissen geconfronteerd worden en hoe ze daarmee omgaan.

zullen die zelden alleen door het terugkeren van de erectie opgelost zijn. Dat is zeker niet het geval als de erectiestoornis 'slechts' een signaal was van die al langer aanwezige problematiek. Dan is een primaire aanpak van die problemen aangewezen. Artsen die zich daartoe niet geroepen voelen of daartoe niet optimaal in staat zijn, dienen deze patiënten te verwijzen.

Communicatie over doel en inhoud van interventies

Als men via een anamnese van beide partners een (voorlopige) diagnose heeft kunnen stellen, dan zal men de meeste patiënten betrekkelijk gemakkelijk kunnen uitleggen dat een gecombineerde aanpak: 'alert counselen met behulp van geneesmiddelen' aangewezen is. Er zijn veel, vooral oudere, mannen met een of andere vorm van erectiel disfunctioneren die daar geen problemen mee hebben. In de Boxmeerstudie (Meuleman et al, 2000) werd een representatief deel van de bevolking (N=1.215 leeftijd 40 - 80 jaar) geïnterviewd onder andere omtrent het vóórkomen van erectiele disfunctie en de

eventuele invloed daarvan op de kwaliteit van leven. Met het toenemen van de leeftijd komen vaker erectiestoornissen voor (6% in de leeftijdsgroep 40-49 jaar en 37% de groep 70-79 jaar). Het aantal mannen dat daar problemen mee heeft of hulp voor zou willen vragen neemt met de leeftijd echter af (73% in groep 40-49 jaar tegen 46% in de groep van 70-79 jaar). De hulpverlener die zich deze cijfers realiseert zal extra voorzichtig zijn om oudere mannen met een erectiele disfunctie een probleem 'aan te praten'. Het gericht, actief en vooral voorzichtig aansnijden van een mogelijke erectieprobleem bij ouderen en bij bepaalde daarvoor geïndiceerden zieken en gehandicapten is een taak van huisarts en hulpverlener. Er zijn ook mensen die - voorzichtig - willen proberen of het gebruik van de erectiepillen hun welbevinden kan verhogen. Bij het counsellen van deze groep zal de arts of hulpverlener de eigen mening over de beleving van de seksualiteit angstvallig buiten de discussie houden. Dat is minder vanzelfsprekend en eenvoudig dan wel eens gedacht wordt.

Is het onderscheid 'organisch' versus 'psychogeen' in feite obsoleet?

Zulk een dichotomie mondt gemakkelijk uit in zwart-wit denken. De werkelijkheid is veel kleurrijker. Maar als het dan toch moet: het is nog te vroeg om met zekerheid te stellen dat het onderscheid tussen 'organisch' en 'psychogeen' obsoleet geworden is. Er zijn signalen dat straks door genterapie de functie van het gladde spierweefsel in de corpora cavernosa weer (tijdelijk?) 'hersteld'

(Smals, 2000). Het stellen van een indicatie tot suppletie van testosteron is bij uitstek een medisch-somatische c.q. endocriene handeling.

Tot slot

Erectiestoornissen worden tegenwoordig in eerste instantie door huisartsen gezien en behandeld. Dat kan met de nieuwe therapeutische mogelijkheden ook heel goed. Het afnemen van een voldoende anamnese geeft zicht op zowel de biologische problematiek als op de beleving van patiënt en diens partner. Die anamnese brengt een communicatieproces op gang waarin via een alerte counseling aandacht geschonken kan worden aan het 'totale pakket' van klachten en noden van patiënt en partner.

Een essay is volgens van Dale (1999): niet te korte, voor een ruim publiek bestemde, subjectief gekleurde verhandeling over een wetenschappelijk of letterkundig onderwerp, gekenmerkt door goede persoonlijke stijl.

Literatuur

Boedjarath, I., H.E. Lamur en C.J. Straver (1998). Seksualiteit, cultuur en godsdienst. In: A.K. Slob, C.W. Vink, J.P.C. Moors en W. Everaerd (red.). *Leerboek Seksuologie*. Bohn Stafleu VanLoghum, Houten/Diegem.

Boer, L.J. en J.P.C. Moors, (1998). *Seksuele problemen. Practicum huisartsgeneeskunde*. Elsevier/Bunge, Maarssen.

Bolle G. (1999). Erectieproblemen in de huisartspraktijk. Diagnosestelling en behandel mogelijkheden. In: P. Smits en J. Van Parijs (red.). *Seksualiteit en anticonceptie in de eerste lijn. Ideeën voor de 21^{ste} eeuw*. Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen No. 17, Antwerpen.

kan worden (Lue, 1999). Als dat bij de ene man, waarbij de schade veroorzaakt werd door bepaalde oorzaken, wel zou kunnen en bij andere mannen vanwege andere oorzaken niet, dan zou er weer een situatie kunnen ontstaan dat het heel precies uitzoeken van de organische oorzaken prioriteit krijgt.

Dichter bij huis sneed Smals (2000) in zijn afscheidscollege het complexe verband tussen erectiele disfunctie en testosteron aan. 'Een deel van de mannen heeft erectiestoornissen als gevolg van een testosterontekort in samenhang met andere factoren als vaatziekten, neurologisch lijden, depressie, diabetes mellitus en gebruik van geneesmiddelen.' Het is heel goed mogelijk dat we hier vooral te maken hebben met een normaal fysiologisch verouderingsproces (Slob, 2000). Er is verschil van mening over het nut van testosteronsuppletie (Morley and Perry III, 1999; Gooren, 1999). Men is het er echter over eens dat het toedienen van testosteron zonder dat een deficiëntie aangetoond

Bolle G. en M. Emmelkamp-Keizer (1998). Seksuele stoornissen bij vrouwen en gender-identiteitsstoornissen. In: A.K. Slob, C.W. Vink, J.P.C. Moors en W. Everaerd (red.). *Leerboek Seksuologie*. Bohn Stafleu VanLoghum, Houten/Diegem.

Drenth, J.J. en J.J.D.M. van Lankveld (1998). Seksuele stoornissen bij mannen. In: A.K. Slob, C.W. Vink, J.P.C. Moors en W. Everaerd (red.). *Leerboek Seksuologie*. Bohn Stafleu VanLoghum, Houten/Diegem.

Dohle, G.R. (2000). Viagra: stand van zaken. *Modern Medicine* 6: 556-560.

Gooren, L.J.G. (1999). Options of androgen treatment in the aging male. *The Aging Male*; 2:81-86.

Hengeveld, H.W. (1998). Somatisering van erectiestoornissen door de komst van sildenafil. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142: 2333-2336.

Jardin, L., G. Wagner, S. Khoury, F. Giuliano, I. Goldstein, H. Padma-Nathan, en R. Rosen (eds)(2000). Recommendation of the 1st International Consultation on Erectile Dysfunction. *WHO Health Publication Ltd, 2000*. Plymbridge Distributors, Plymouth.

Jongh, T.O.H. de en A.G.H. Ruijven, (2000). Waarom sluiten NHG-standaarden onvoldoende aan bij de diagnostiek van de huisarts? *Huisarts en Wetenschap*; 43: 340-342.

Lue, T.F. (1999). Future treatment for Erectile Dysfunction : Growth factors and GeneTherapy. Grand master lectures Lecture 4. *Int. Journal of Impotence Research*, 556-557.

De man en zijn partner achter een erectiestoornis 209

- Lunsen, H.W. van en C.W. Vink (1998). Anamnese en Lichamelijk onderzoek. In: A.K. Slob, C.W. Vink, J.P.C. Moors en W. Everaerd (red.) (1998). *Leerboek Seksuologie*. Bohn Stafleu Van-Loghum, Houten/Diegem.
- Meuleman, E.J.H., (Chairman, Committee Members : G.
- Broderick, F. Montorsi, I Sharlip, Hui-Meng Tan and Y. Vardi), (1999). Clinical evaluation and the doctor-patient dialogue.
- 1st International Consultation on Erectile Dysfunction.*
- Committee 5. WHO Geneva.
- Meuleman, E.J.H., L. Donkers en B. Kiemey (2000). *Erectile Dysfunction: Prevalence and Quality of Life. The Boxmeer Study.* *The Ageing Male*, 3, suppl. 1, 23.
- Moors, J.C.P. en W. Everaerd (1998). *Seksuele stoornissen bij mannen en vrouwen: inleiding en classificatie.* In: A.K.
- Slob, C.W. Vink, J.P.C. Moors en W. Everaerd (red.). *Leerboek Seksuologie*. Bohn Stafleu Van-Loghum, Houten/Diegem.
- Moors, J.P.C., (1998). *Huisartsgeneeskunde en Round Table Conference 13 augustus 1998. Diagnostiek & behandeling van Erectiele Disfunctie: een Stappenplan.* *Medicom, Bussum.*
- Rosen, R.C., (1999). *The Process of Care Consensus Panel. Position Paper. The process of care model for evaluation and treatment of erectile dysfunction.* *Int J Imp Res*, 11: 59-74.
- Slob, A.K. (2000). *Age, Libido, and Male Sexual Function.* *The Prostate Supplement 10: 9-13.*
- Smals, A.G.H. (2000). *Testiculair Pensioen? Afscheidscollege Katholieke Universiteit Nijmegen.*
- Vansteenkamp, A. (1999). *Huisarts en relatieproblemen.* In: P. Smits en J. Van Parijs (red.) (1999).

het

stappenplan erectiezwakte. *Huisartsgeneeskunde Suppl. Erectiele*

Disfunctie. December:9-14.

Morley, J.E. en Perry III, H.M. (1999).
Androgen deficiency

in aging men. *Med Clin North Am* 83:1279-1289.

Seksualiteit en

anticonceptie in de eerste lijn. Ideeën voor de

21^{ste} eeuw.

Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen No.

17, Antwerpen.

Verhulst, A.C.M. (2000). De man achter de penis. Is hij nog

steeds belangrijk in deze tijd met effectieve noninvasieve

behandelmethoden voor erectiele disfunctie? Een

doctoraalscriptie. Tracé Klinische & Gezondheidspsychologie Faculteit

Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht, en Afd.

Endocrinologie & Voortplanting, EMC

Rotterdam. (Hierin is een literatuurlijst met bijna 100 items opgenomen).

Fig. 1. weggevallen!

Fig. 2. Protocol for evaluation of impotence volgens Segraves, Schoenberg & Segraves, 1985. (R.T. Segraves & H.W. Schoenberg (Eds.), *Diagnosis and Treatment of Erectile Disturbances. A Guide for Clinicians*. Plenum Medical Book Company, New York.)

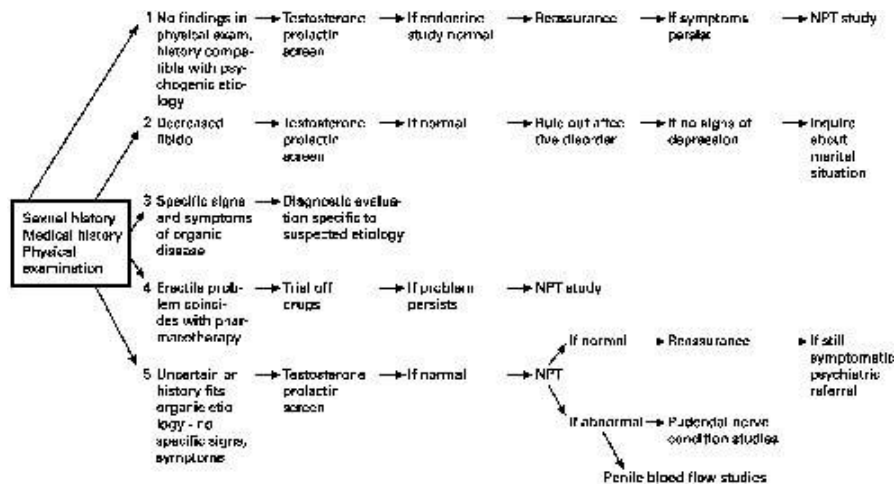


Fig. 3. Beslisboom bij erectiele disfunctie volgens NVIO, 1990.

Diagnostische behandeling van mannen met erectieproblematiek zoals voorgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Impotentie Onderzoek. Drenth, J.J. (1992). Seksuele problemen en stoornissen bij mannen. (In: A.K.Slob, C.W.Vink, J.P.C.Moors & W.Everaerd (Red.), *Seksuologie voor de arts* (pp. 147-183). Bohn Stafleu Van Loghem, Houten/Zaventem.)

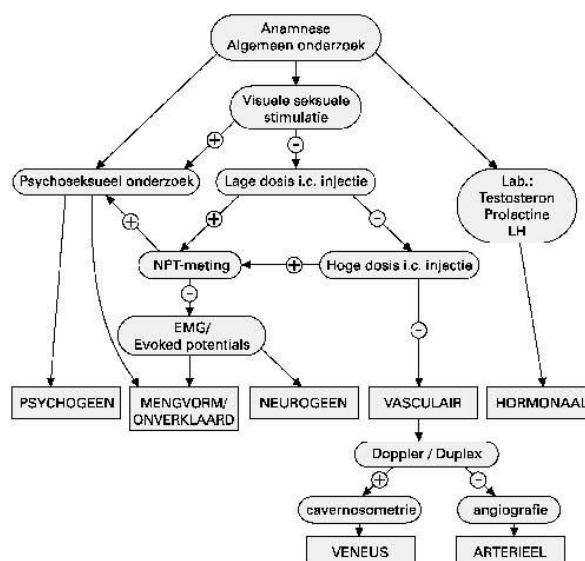


Fig. 4. Erectile Disorders: An Overview of Historical Trends and Clinical Perspectives volgens Rosen en Leiblum, 1992. (In: R.C. Rosen & S.R. Leiblum (eds.), *Erectile Disorders. Assessment and Treatment* (pp3-26). The Guilford Press, New York.)

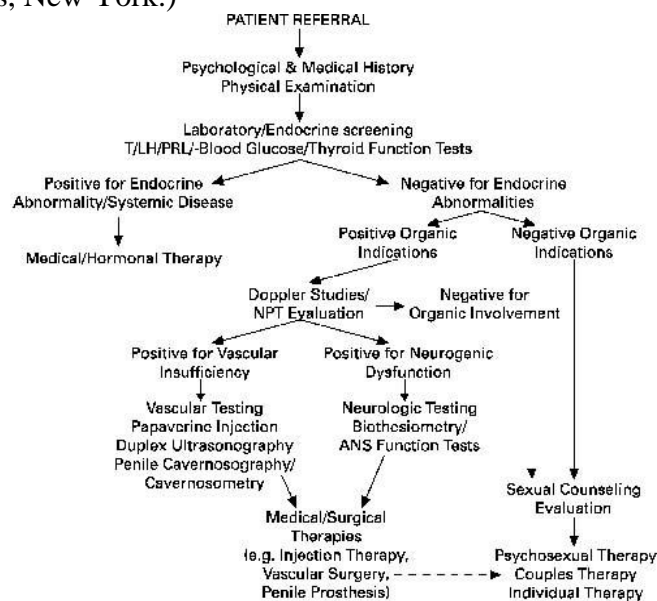


Fig. 5. Beslisboom bij erectiele disfunctie volgens NVIO, 1994. Diagnostische behandeling van mannen met erectieproblematiek zoals voorgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Impotentie Onderzoek. (Drenth, J.J. (1995). Seksuele problemen en stoornissen bij mannen. In: A.K.Slob, C.W.Vink, J.P.C.Moors & W.Everaerd (red.), *Seksuologie voor de arts* (pp. 171-209). Houten/Zaventem; Bohn Stafleu Van Loghem.)

Anamnese	Testosteron
Lichamelijk onderzoek	(op indicatie)

Bespreking van alternatieven	GEEN BEHANDELING

	BEHANDELING
DIAGNOSTIEK*	Seks- en psychotherapie
Seksuologisch	Vacuümpomp
VES	Intracaverneuze injectie
NPT	X₂-sympathicoliticum
Farmacotest	
Cavernosometrie	
Arteriografie	
NUFO	
Endocrinologie	
Duplexscanning	
Implantatie	
prothese;	
Vaatchirurgie	

VES= visuele erotische stimulatie; NPT= 'nocturnal penile tumescence'; NUFO= neuro-urofysiologisch onderzoek.

* Per centrum verschillend

212 J. Moors & K. Slob

Fig. 6. Stappenplan erectieproblematiek naar Moors, 1998. (J.J. Drenth & J.J.D.M. van Lankveld (1998). Seksuele stoornissen bij mannen. In: A.K. Slob, C.W. Vink, J.P.C. Moors & W. Everaerd (Red.), *Leerboek Seksuologie* (pp. 200-241). Bohn Stafleu Van Loghem, Houten.)

Stappenplan erectieproblematiek

diagnostische en therapeutische aanpak door (huis)artsen

Anamnese

* indien klacht aangeboden tijdens
`normaal' consult volgt
seksuologische mini-anamnese:
wanneer en hoe begonnen;
uitsluitend erectiestoornis of is er
ook ejaculatio praecox en/of
libidostoornis; impact op (eigen)
seksuele leven en relatie; algehele
gezondheid/gebruik genees- en
genotmiddelen

* na gebleken of vermoede
ernstige erectieproblematiek neemt
men een meer specifieke
seksuologische anamnese af

Anamnese van de partner

**(indien enigzins mogelijk apart
afnemen!)**

* wat is volgens partner het
hoofdprobleem? wanneer en hoe
begonnen; uitsluitend
erectiestoornis of ook ejaculatio
praecox en/of libidostoornis;
impact op (eigen) seksuele leven
en relatie; gezondheid partner

Oriënterend lichamelijk en aanvullend onderzoek

* alleen op indicatie; bijv.
erectiestoornis in combinatie met
aperte recente libidostoornis of
vermoeden
endocriene/neurologische stoornis

* bij `niet-pluisgevoel' van de arts
of op verzoek van de patiënt

* nachtelijke postzegelproef of
erectiometeronderzoek; visuele

erotische proefstimulatie

* laboratoriumonderzoek is zelden geïndiceerd (bijv. testosteron slechts bij grote uitzondering en alleen op duidelijke indicatie)

* in ingewikkelde gevallen is psychofysiologisch onderzoek en/of seksuologisch of psychotherapeutisch verder uitdiepen geïndiceerd

Voorlopige diagnose/werkhypothese

* er bestaat een erectiestoornis sui generis

* omschreven gecompliceerde seksuele problematiek

Herformuleren klacht in termen van seksuele disfunctie en aanreiken therapeutische mogelijkheden met patiënt + partner, in een 'taal' die ze verstaan

* nauwkeurige omschrijving van hulpvraag van patiënt en eventuele partner

* zijn beiden (in gelijke mate?) gemotiveerd op dezelfde manier aan het probleem te gaan werken?

Behandeling

* de (huis)arts biedt een *korte seksuologische counseling* aan, na eliminatie van nadelige gevolgen van genees- of genotmiddelen; al of niet *gecombineerd* met:

- elastische penisring, vibrator of (vibrerend) steuncondoom

- op indicatie alfa₂-sympaticolytica: Yohimbine en/of anxiolytica

- (wellicht binnenkort oraal

sildenafil (Viagra[®]), een iso-enzym dat inwerkt op de NO-stofwisseling)

- intracaverneuze injecties

- vacuümpomp

- (voorlopig in research-opstelling)
transurethrale toediening
prostaglandine E₁

* (huis)arts na psychofysiologisch onderzoek elders

* seksuoloog, bij voorkeur een seksuoloog-NVVS

* geïnteresseerde uroloog,
eventueel in kader van de
Ned.Ver. Impotentie Onderzoek-
beslisboom tenslotte:

- implantatie van semirigide of
oppompbare erectieprothese

- in zeer uitzonderlijke gevallen
vaatchirurgie

*** bij ernstige relatie-of
identiteitsproblematiek (eerstelijns)
psychotherapeut of RIAGG**

De man en zijn partner achter een erectiestoornis 213

Fig. 7. An integrated assessment process for male erectile disorder, volgens Wylie, Hallam-Jones & Perrett. (K. Wylie, R.Hallam-Jones & A. Perrett. (1999). Some of the potential implications of integrated assessment for male erectile disorder. *Sexual and Marital Therapy*. 14: 359-369)

		Psychosexual, Psychological, Relationship, Medical and Pharmacological History Taking		
		Physical Examination	abnormal	+ Urological Opinion?
				abnormal
		Psychological Evaluation	+ Psychiatric Opinion?	
+ Diabetic Opinion?	abnormal BS	Blood Sugar; Testosterone & Prolactin Levels	abnormal	Check 9 a.m. Testosterone; SHBG; fAi; LH/FSH; Oestradiol abnormal
				T/PLT
<i>History of Psychogenic or Neurological Factors</i>	YES	Does Patient wish for Further Assessment?	NO	+ Endocrinological Opinion?
Provocative		<i>History of Vascular Factors</i>		

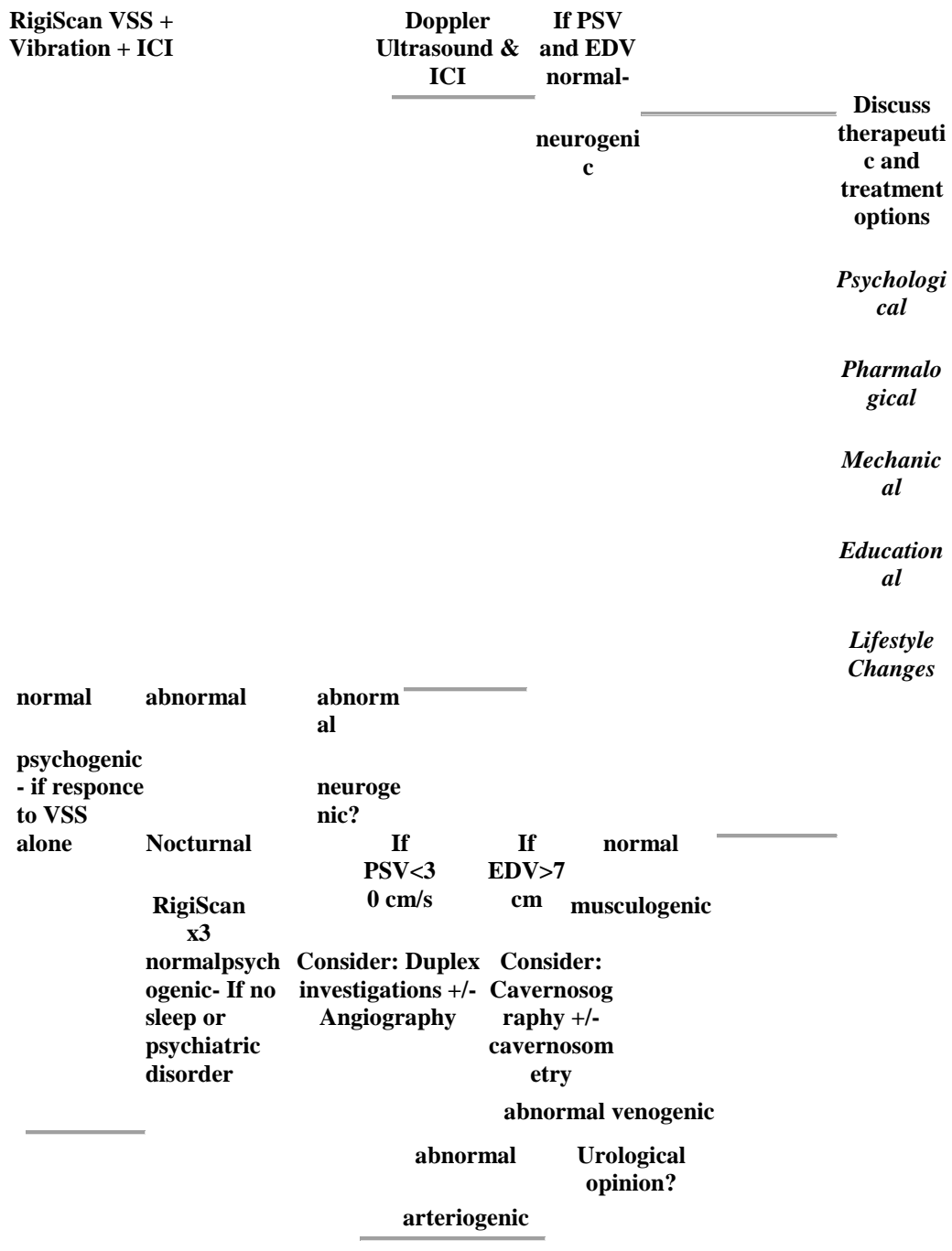


Fig. 8. An algorithm for clinical decision-making in assessment and treatment of erectile dysfunction volgens Rosen e.a. In: Carson, Kirby & Goldstein (Eds.) *Textbook of Erectile Dysfunction* (pp. 499). Oxford; Isis Medical Media. Ook in: Rosen,R.C., et al.: The Process of Care Consensus Panel (1999b). Position Paper. The process of care model for evaluation and treatment of erectile dysfunction. *Int J Imp Res*, 11: 59-74.

PROCESS**ACTION****OUTCOME**

* Sexual, medical & psychosocial history

* ED diagnosis confirmed
* Additional testing and/or referral if required

* Physical

* Identification of patient & partner needs and

* Lab tests

preferences

* Review of findings

* Referral if indicated and desired by patient

* Patient & partner education

* ED resolution with follow up & reassessment

* Further diagnostic testing if indicated

or

* ED continues

* Lifestyle modification

* ED resolution with follow up & reassessment

or

* Discontinue or substitute medication

* ED continues

* Oral erectogenic agents

* ED resolution with follow up & reassessment

or

* Vacuum constriction device

* ED continues

* ED resolution with follow up & reassessment

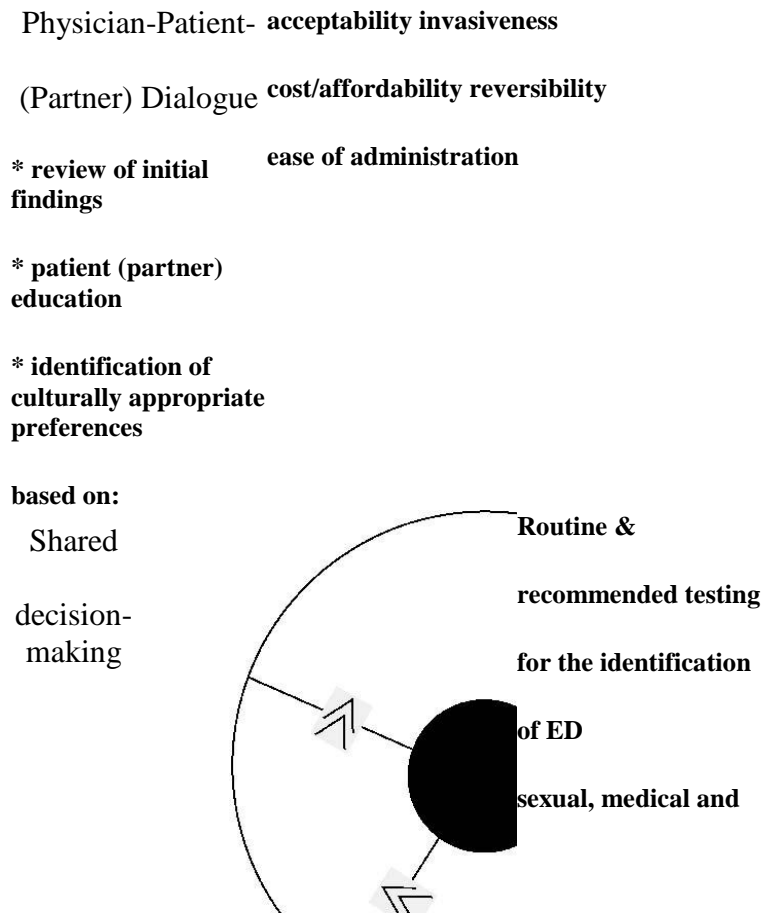
* Psychosexual therapy

* Intra-urethral erectogenic agents

* Intracavernosal erectogenic agents

* Penile

Fig. 9. Recommendation of the 1st International Consultation on Erectile Dysfunction (1999) volgens A. Jardin et al (eds). WHO Health Public Ltd (2000).



Treatments

(see
algorithm

gorithm B)

psychological history

focused physical

exam

selected lab

tests

A. Definition of Erectile Dysfunction

B. The Key to the diagnosis and
Evaluation of Erectile Dysfunction
(*Algorithm A*)

I. HIGHLY RECOMMENDED EVALUATION AND TESTS

**1. Comprehensive sexual, medical and
psycho-social history**

a) Medical and sexual history

*b) Erectile dysfunction intensity and impact
scales*

2. Focused physical examination

II. RECOMMENDED DIAGNOSTIC TESTS

**1. Fasting glucose or glycosylated
haemoglobin (HbA1C) and**

lipid profile

**2. Evaluation of the hypothalamic-pituitary-
gonadal axis with a**

testosterone assay

III. OPTIONAL DIAGNOSTIC TESTS

**1. Psychological and/or psychiatric
consultation**

**2. Laboratory investigations: (Serum
prolactin, LH, TSH, CBC,**

Urinalysis)

IV. SPECIALIZED EVALUATION AND DIAGNOSTIC TESTS

1. In depth psychosexual and relationship

evaluation

2. Psychiatric evaluation

3. Nocturnal penile tumescence and rigidity (NPTR) assessment

4. Vascular diagnostics

5. Specialized endocrinological testing

6. Neuro-physiological testing

V. CONCLUSION

C. The key to the treatment of erectile dysfunction (*Algorithm B*)

I. ALTER MODIFIABLE RISK FACTORS OR CAUSE

1. Lifestyle and psychosocial factors

2. Sexual technique and information

3. Prescription or non-prescription drug use

4. Hormone replacement therapy

II. DIRECT TREATMENT INTERVENTIONS FOR ERECTILE DYSFUNCTION

DYSFUNCTION

1. Sexual counselling and education

2. Oral agents

a) Sildenafil

b) Apomorphine

c) Phentolamine

d) Other drugs

3. Local therapies

a) Intracavernosal injection therapy

b) Intraurethral therapy

c) Vacuum constriction devices

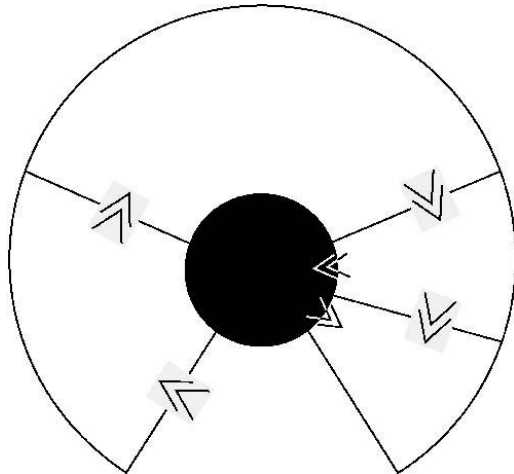
4. Surgical therapy

a) *Vascular surgery*

b) *Penile implants*

III. REASSESSMENT AND FOLLOW-UP

GENERAL CONCLUSION



Physician-Patient-

(Partner) Dialogue

* review of initial findings

* patient (partner) education

* identification of culturally appropriate preferences

based on:

acceptability invasiveness

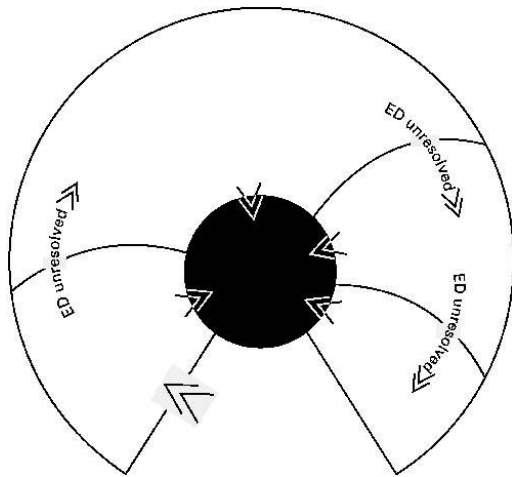
cost/affordability reversibility

ease of administration

The Key to the diagnosis

of Erectile Dysfunction (ed)

Algorithm A



Oral agents

(unless contraindicated)

Sexual counseling and education

Local therapies:

Intracavernosal injections

Intraurethral PGE 1

Vacuum device

Alter

Modifiable

Risk Factors

and Causes:

***drugs**

***hormones &**

***lifestyle**

Surgical treatments

**The key to the treatment
of erectile Dysfunction (ED)**

Algorithm B