

ERECTIELE DISFUNCTIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: VERANDERINGEN IN INCIDENTIE EN IN BELEID VAN DE HUISARTS SINDS DE INTRODUCTIE VAN SILDENAFIL¹

Corrie Vliet Vlieland², Just Eekhof³, Sofieke Schuil³, Chris Maris⁴, Truuske De Bock⁵, Rob Ong³ & Chiel Springer³

Doel. Nagaan of na introductie van silfadenil het aantal patiënten dat op het spreekuur van de huisarts komt met klachten over erectiestoornissen is toegenomen en of het beleid van de huisarts bij patiënten met erectiestoornissen na de introductie van silfadenil is veranderd.

Plaats. Registratie Netwerk Universitaire Huisartspraktijken Leiden en Omstreken.

Opzet. Descriptief.

Methoden. In het geanonimiseerde geautomatiseerde databestand van het RNUH-LEO is gezocht naar de aanwezigheid van ICPC-codes, medicatiecodes en trefwoorden behorende bij de klacht erectiele disfunctie in de periode vóór en na de introductie van sildenafil. Vervolgens is gekeken naar gegevens van anamnese en lichamelijk onderzoek, co-morbiditeit en behandeling. Om extra informatie te verkrijgen over het beleid van de huisarts zijn gestructureerde interviews bij huisartsen afgenomen.

Resultaten. De incidentie van patiënten die zich presenteerden met de klacht erectiele disfunctie is gestegen van 3,8 naar 6,1. Het aantal patiënten dat door de huisarts is behandeld is gestegen van 54% naar 83%, waarbij in 59% van de gevallen sildenafil is voorgeschreven. Het aantal verwijzingen naar de specialist is gedaald van 28% naar 6%. Er zijn geen veranderingen in behandeling opgetreden wanneer het gaat om therapie in de vorm van een gesprek, het geven van voorlichting of het aanpassen van de co-medicatie.

Erectiele disfunctie is volgens de DSM-IV en de ICD-10 het voortdurend of terugkerend onvermogen een adequate erectie te krijgen of vol te houden tot de voltooiing van de seksuele activiteit (American Psychiatric Association, World Health Organisation). De behandeling van erectiele disfunctie bestond tot 1998 uit locale injecties, mechanische hulpmiddelen en/of seksuologische hulpverlening (Moors, Lottman & Slob, 1997).

In oktober 1998 is het middel sildenafil op de Nederlandse markt verschenen, het eerste orale medicament met als indicatie erectiele disfunctie. Tegelijkertijd met de introductie van sildenafil is er in de media een groeiende aandacht ontstaan voor erectiestoornissen.

Na introductie van sildenafil in de Verenigde Staten werden binnen korte tijd meer dan vier miljoen recepten verstrekt. Naar aanleiding hiervan vroeg men zich ook in Nederland af of de introductie van het mid-

del ook tot een dergelijke grote stroom van recepten zou leiden (Lycklama à Nijeholt, 1998). Er werd verwacht dat het beschikbaar zijn van een middel als sildenafil de bespreekbaarheid van het probleem van erectiele disfunctie zou vergroten (Hengeveld, 1998). Voor de patiënt zou de drempel om de huisarts te bezoeken met klachten van erectiele disfunctie worden verlaagd. De huisarts zou misschien eerder het initiatief nemen om aan de patiënt te vragen naar klachten van erectiele disfunctie. De kennis en behandelingsmogelijkheden van de huisarts zouden zijn toegenomen, waardoor hij de patiënt meer te bieden heeft. Verwacht werd dat dit onder andere zou resulteren in een stijging van de incidentie van patiënten met klachten van erectiele disfunctie.

De bedoeling van het hieronder beschreven onderzoek is tweeledig. Ten eerste is nagegaan of het aantal patiënten dat op het spreekuur van de huisarts komt met deze klacht inderdaad is toegenomen sinds de

¹ Geaccepteerd voor publicatie: 18 september 2002. Het artikel presenteert onafhankelijk onderzoek waarvoor geen externe financiering is ontvangen.

² C.W. Vliet Vlieland, huisarts, Gezondheidscentrum Wantveld Noordwijk; ³ Dr J.A.H. Eekhof, huisarts, drs S.S. Schuil, drs R.S.G. Ong, methodoloog, Prof dr M.P. Springer, huisarts, Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde Leids Universitair Medisch Centrum; ⁴ C.M. Maris, huisarts, Gezondheidscentrum Merenwijk Leiden; ⁵ Dr. G.H. de Bock, epidemioloog, Afdeling Medische Besliskunde Leids Universitair Medisch Centrum.

Correspondentie: C.W. Vliet Vlieland, huisarts, Gezondheidscentrum Wantveld, Postbus 100, 2200 AC Noordwijk, Telefoon 071-3619300, Fax 071-3611212; E-mail: cwwvl@wantveld.nl

komst van sildenafil. Ten tweede is gekeken of er een, aan de introductie van sildenafil toe te schrijven, verandering is opgetreden in het beleid van de huisarts ten aanzien van patiënten die zich presenteren met klachten van erectiele disfunctie.

Methoden

Het onderzoek bestond uit twee gedeelten. In het eerste gedeelte werden met behulp van het Registratie Netwerk Universitaire Huisartspraktijken Leiden en Omstreken (RNUH-LEO) twee cohorten van patiënten met erectiele disfunctie in het jaar vóór en het jaar na de introductie van sildenafil met elkaar vergeleken. Het tweede gedeelte bestond uit gestructureerde interviews met huisartsen betreffende het beleid ten aanzien van erectiele disfunctie.

Selectie van patiënten

Bij het RNUH-LEO, een samenwerkingsverband tussen de Afdeling Huisarts- en Verpleeghuisarts-geneeskunde van het Leids Universitair Medisch Centrum en een aantal huisartspraktijken in Leiden en directe omgeving, waren ten tijde van de selectie 1 duopraktijk en 3 gezondheidscentra in Leiden en omgeving aangesloten, met in totaal ongeveer 23.000 patiënten. De leeftijds- en geslachtsopbouw van deze populatie kwam overeen met die van de Nederlandse bevolking. In totaal waren in deze praktijken 22 huisartsen, deels parttime, werkzaam (13 mannen en 9 vrouwen).

Het databestand omvatte alle geanonimiseerde (patiënt)gegevens die te vinden waren in het Huisarts Informatie Systeem (HIS) Medicom (gehele patiëntendossier inclusief journaalgegevens). Gezondheidsproblemen worden binnen dit HIS geclassificeerd volgens de 'International Classification of Primary Care' (ICPC). Deze classificatie wordt zowel gebruikt voor de registratie van tijdelijke gezondheidsproblemen (episode, vanaf 1997) als voor al of niet actuele aandachtspunten per patiënt (de zogenaamde probleemlijst, waarin permanente, chronische en frequent terugkerende tijdelijke problemen worden geregistreerd).

Alle ICPC-codes die mogelijk bij erectiele disfunctie zouden kunnen worden gebruikt zijn nagetrokken⁶. Om ook die patiënten te vinden waarbij het consult niet of

op een andere wijze is gecodeerd dan via bovengenoemde codes, is in het journaal ook op tekst gezocht⁷. Aanvullend is in de medicatielijst met de ATC-code G04BE gezocht naar voorgeschreven medicijnen. Onder deze code vallen o.a. sildenafil en fentolamine/papaverine.

Het eerste cohort bestond uit mannen die zich presenteerden met klachten van erectiele disfunctie in de periode september 1997 tot en met augustus 1998. Daarnaast is een tweede bestand geselecteerd van mannen die zich presenteerden met klachten van erectiele disfunctie in de periode september 1998 tot en met augustus 1999.

Van de geselecteerde patiënten werden uit het databestand de volgende gegevens geregistreerd: leeftijd; frequentie van huisartsbezoek met betrekking tot klachten van erectiele disfunctie in één jaar en in de totale zorgepisode; anamnese (duur van de klacht bij eerste presentatie van de klacht, aanwezigheid van een ochtenderectie, aanwezigheid van een erectie bij poging tot coïtus, duur van de erectie, erectie mogelijk bij masturbatie of andere stimulatie, aanwezigheid van een nieuwe partner); medicijngebruik (met klachten van erectiele disfunctie als mogelijke bijwerking); co-morbiditeit (die oorzakelijk kan samenhangen met klachten van erectiele disfunctie: diabetes mellitus, atherosclerose, myocard infarct, cholesterol > 5.5, hypertensie, dwarslaesie, multipole sclerose, operatie aan endeldarm, blaas of prostaat, testosteron-deficiëntie, hyperprolactinemie, depressie); risicovolle leefgewoonten voor het ontwikkelen van erectiele disfunctie (roken, overmatig gebruik van alcohol en/of drugs); lichamelijk en aanvullend onderzoek; therapie (gedefinieerd als: gesprek of voorlichting, verandering van medicatie, auto-injectie therapie, verwijzing naar de uroloog, verwijzing naar de seksuoloog, voorschrijven van sildenafil).

Verder is er gekeken of er veranderingen zijn opgetreden in het aantal keren dat de huisarts de code Y07 (de meest toepasselijke code voor het probleem erectiele disfunctie) heeft gebruikt.

Interviews

Door het afnemen van een gestructureerd interview met zeven huisartsen uit vier huisartspraktijken is extra informatie verkregen over het beleid van de huisarts

⁶ Bij het zoeken zijn gebruikt: Y07 (symptomen/klachten potentie, man), Y08 (andere seksuele problemen, man), P07 (libido verlies/vermindering, man/vrouw), P08 (seksuele bevrediging verlies/vermindering, man/vrouw), Y04 (andere symptomen/klachten penis, man), Y24 (angst voor seksueel dysfunctioneren, man), Y28 (functiebeperking/handicap geslachtsorgaan, man), Y29 (andere symptomen/klachten geslachtsorgaan, man).

⁷ De tekst die gebruikt is om te zoeken is: 'erectie', 'potentie', 'impotent', 'ejacula', 'seksuele proble', 'sexuele proble', 'Erectie', 'Potentie', 'Impotent', 'Ejacula', 'Seksuele probl', 'Sexuele proble'.

ten aanzien van patiënten die zich presenteren met klachten van erectiele disfunctie. In het interview kwamen de volgende onderwerpen aan de orde: de benadering van de patiënt met erectieproblematiek in het algemeen en van de laatste patiënt die met klachten van erectiele disfunctie het spreekuur bezocht. Alle interviews werden afgenomen door dezelfde onderzoeker (SS) in de periode oktober tot december 2000.

Statistische analyse

De gegevens die vanuit het RNUH-LEO verkregen zijn bewerkt met SPSS versie 9.0. Door het aantal mannen die zich presenteren met klachten van erectiele disfunctie in een jaar te delen door het totaal aantal mannen van achttien jaar en ouder van de gehele populatie zijn incidentiecijfers (met 95%-betrouwbaarheidsintervallen) berekend. Voor het vergelijken van proporties en gemiddelden is gebruik gemaakt van de Chi-kwadraat-toets voor discrete variabelen en de t-toets voor continue variabelen.

Resultaten

Incidentie

De incidentie bij mannen van 18 jaar en ouder in de periode september 1997 tot en met augustus 1998 was 3,8 (95% BI 2,7-4,9) per 1000 ingeschreven patiënten. In de periode september 1998 tot en met augustus 1999 was de incidentie 6,1 (95% BI 5,4-6,8) per 1000 ingeschreven patiënten. Deze toename in incidentie is statistisch significant.

De patiënten

De gemiddelde leeftijd van de patiënt bij de eerste presentatie van de klacht is in '97-'98: 54,5 jr. (SD: 12,8; spreiding: 22-78 jr.) en in '98-'99: 54,1 jr. (SD: 12,0; spreiding: 20-80 jr.). Het leeftijdsverschil is niet statistisch significant ($p = 0,88$).

In de eerste periode was het gemiddeld aantal consulten in verband met erectiele disfunctie per patiënt per jaar gemiddeld 1.4 (SD: 0.7), in de tweede periode was dit 1.5 (SD: 0.9) ($p = 0.59$).

Beleid van de huisarts bij erectiele disfunctie

Anamnestiche gegevens (tabel 1)

In tabel 1 zijn per periode de aantallen en percentages patiënten beschreven van wie een anamnestiche gegeven over de klacht aanwezig was in het databestand. Voor geen van de anamnestiche gegevens was er een significant verschil in de aanwezigheid tussen de eerste en de tweede periode. Ook wat betreft de aanwezigheid van informatie over andere relevante factoren in het databestand (zoals een nieuwe partner, gebruik van medicijnen die erectiele disfunctie kunnen veroorzaken, co-morbiditeit en risicovolle leefgewoonten) bestond er geen statistisch significant verschil.

Lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek en therapie (tabel 2)

Gegevens betreffende het door de huisarts uitgevoerde onderzoek en de ingezette therapie bij erectiele disfunctie in de twee perioden zijn beschreven in tabel 2.

Er is geen significant verschil in het aantal keren dat lichamelijk- en/of aanvullend onderzoek is verricht.

Wat betreft de therapie zijn er geen significante veranderingen wanneer het gaat om therapie in de vorm van een gesprek, het geven van voorlichting, of het veranderen van medicatie met als mogelijke bijwerking erectiele disfunctie. Auto-injectie therapie is in beide perioden niet voorgeschreven.

Sildenafil is in de eerste periode uiteraard niet voorgeschreven, in de tweede periode is sildenafil aan ongeveer drie op de vijf patiënten voorgeschreven. Hierdoor is het totaal aantal patiënten dat door de huisarts werd behandeld significant toegenomen van 54% tot 83% ($p = 0.002$). Tegelijkertijd trad er in de

Tabel 1. Aanwezigheid van anamnestiche gegevens in het databestand van patiënten met erectiele disfunctie in de perioden 1997-1998 en 1998-1999.

Informatie aanwezig over:	Periode 1997-1998 N=39 Aantal (%)	Periode 1998-1999 N=64 Aantal (%)	p-waarde*
Duur van de klachten	17 (44%)	31 (48%)	0.82
Aanwezigheid ochtenderectie	15 (38%)	17 (27%)	0.21
Erectie bij poging tot coïtus	14 (36%)	31 (48%)	0.21
Afname duur erectie	7 (18%)	15 (23%)	0.51
Erectie bij masturbatie	4 (10%)	8 (12%)	0.73

* Chi-kwadraat toets

Tabel 2. Aanwezigheid van gegevens over onderzoek en therapie in het databestand van patiënten met erectiele dysfunctie in de perioden 1997-1998 en 1998-1999.

	Periode 1997-1998 N=39		Periode 1998-1999 N=64		p-waarde*
	Aantal	(%)	Aantal	(%)	
<i>Onderzoek</i>					
Lichamelijk onderzoek	3	(8%)	12	(19%)	0.16
Laboratoriumonderzoek	3	(8%)	6	(9%)	1.00
Erectiometer of postzegelproef	1	(3%)	1	(2%)	1.00
<i>Therapie</i>					
Gesprek/Voorlichting	6	(15%)	14	(22%)	0.42
Verandering medicatie	8	(21%)	5	(8%)	0.07
Auto-injectie	0		0		
Sildenafil	0		38	(59%)	0.000
Verwijzing specialist	11	(28%)	4	(6%)	0.002

*Chi-kwadraat toets

tweede periode een significante daling op in het aantal patiënten dat werd verwezen naar de specialist van 28% naar 6% ($p = 0.002$).

Klachtenencoding, gebruik van de code Y07

In de eerste periode is bij ongeveer één derde van de patiënten de code Y07 in de episodelijst gebruikt. In de tweede periode is dit het geval bij ongeveer tweederde van de patiënten. Het verschil in aantal patiënten is significant ($X^2 = 8,63$; $df = 1$; $p = 0,003$). In het journal is de code Y07 in de eerste periode bij ongeveer één derde van de patiënten gebruikt. In de tweede periode is dit het geval bij ongeveer tweederde van de patiënten. Het verschil in aantal patiënten is significant ($X^2 = 9,18$; $df = 1$; $p = 0,002$).

Resultaten interview

Er zijn zeven huisartsen geïnterviewd, vijf mannen en twee vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 45.7 jaar (SD: 4.1). De huisartsen waren gemiddeld 17.6 jaar werkzaam als huisarts (SD: 5.3).

Hieronder volgt een samenvatting van de resultaten van deze interviews:

Alle zeven huisartsen nemen een uitgebreide anamnese af. Er wordt gevraagd naar de duur van de klacht, of er überhaupt sprake is van een erectie, of het probleem veralgemeend of situationeel optreedt, wat de invloed is van het probleem op de relatie, het optreden van een ochtenderectie, het optreden van een erectie bij masturbatie, medicijngebruik en comorbiditeit.

Niemand voert in principe een lichamelijk onderzoek uit bij een patiënt met klachten van erectiele disfunctie. Lichamelijk onderzoek komt alleen in aanmerking bij patiënten waarbij er een speciale indicatie is.

Twee huisartsen voeren nooit aanvullend onderzoek uit. Eén huisarts laat altijd bloedonderzoek doen, waarbij glucose, Hb, BSE en eventueel de schildklier-

functie wordt nagekeken. De motivatie hierbij is dat het uitvoeren van laboratoriumonderzoek het onderzoek faseert, wat de huisarts en de patiënt bedenktijd oplevert. Vier huisartsen laten bloedonderzoek verrichten bij mogelijkheid van diabetes mellitus of soms bij verdenking op overmatig alcoholgebruik.

Vier huisartsen geven aan dat ze sildenafil voorschrijven aan de patiënt. Voordat sildenafil op de markt was stuurden deze huisartsen de patiënt meestal door naar een uroloog of seksuoloog. Bij twee huisartsen is de behandeling van de patiënt sterk afhankelijk van de bijkomende problemen. Zijn de klachten waarschijnlijk medicatie-afhankelijk, dan wordt eerst de medicatie gewijzigd. Indien de klachten voornamelijk psychisch zijn of op het relationele vlak liggen wordt de patiënt verwezen naar een polikliniek seksuologie. Zijn de klachten voornamelijk lichamelijk, dan wordt sildenafil voorgeschreven. Eén huisarts vraagt in de meeste gevallen de patiënt om nog eens terug te komen op het spreekuur samen met de partner. Dit gebeurt echter zelden. Daarnaast geeft de arts advies over het aanpassen van leefgewoonten. Sildenafil wordt soms voorgeschreven, maar eerst wordt overwogen of het ook zonder sildenafil kan.

Alle zeven huisartsen denken dat er zeker een toename is te zien van het aantal patiënten met klachten van erectiele disfunctie. De drempel is verlaagd en veel patiënten vragen zelf om sildenafil.

Drie huisartsen vinden dat hun kennis sinds de komst van sildenafil is toegenomen, de andere vier vinden dat niet. Geen van de huisartsen vindt dat zijn eigen attitude ten aanzien van seksuele problemen is veranderd. Het was voor de artsen al geen probleem om over dit soort klachten met de patiënt te spreken. Wel geven drie artsen aan dat het nu iets makkelijker is omdat zij de patiënt iets te bieden hebben en omdat de patiënt nu makkelijker over zijn klachten spreekt.

Beschouwing

Na de introductie van silfadenil is in het onderzochte patiëntenbestand de incidentie van patiënten die zich presenteren met klachten van erectiele disfunctie statistisch significant gestegen (3,8 naar 6,1 per jaar). Er zijn geen significante verschillen gevonden in het soort en aantal anamnesegegevens die de huisarts van de patiënt in het journaal registreert. Het aantal patiënten dat door de huisarts therapeutisch behandeld is, is toegenomen van 54% tot 83% ($p = 0.002$). In deze laatste periode is aan 59% van de patiënten sildenafil voorgeschreven. Daarnaast is een daling (28% naar 6%) te zien in het aantal verwijzingen naar een specialist ($p = 0.002$). De huisartsen zijn verdeeld over de aanname dat hun kennis is toegenomen sinds de komst van sildenafil. Geen van de huisartsen vindt dat zijn eigen attitude sindsdien is veranderd.

Terwijl voor de introductie van silfadenil de klacht erectiestoornis nog vaak gekoppeld is aan co-morbiditeit of aan bijwerkingen van een geneesmiddel, is na de introductie de klacht vaker als zodanig gediagnosticeerd.

Het retrospectief terugzoeken in een databestand als het RNUH-LEO heeft als beperking dat alleen gevonden wordt wat tijdens het consult is geregistreerd. Doordat behalve op ICPC code, ook op verschillende woorden in de tekst en op ATC (geneesmiddel) is gezocht, is de kans uitermate klein dat een contact van een patient betreffende erectiele disfunctie is gemist. Omdat niet alles in een consult ook wordt geregistreerd, zijn ook een aantal huisartsen geïnterviewd. De werkelijkheid van wat een huisarts doet bevindt zich ergens in het gebied tussen ideaal gedrag (volgens interview) en minimaal gedrag (geregistreerd).

Er werd verwacht dat het aantal hulpvragen wegens erectiestoornis met de komst van sildenafil, het eerste effectieve orale erectiebevorderende middel, zou stijgen (Hengeveld, 1998). Ons onderzoek bevestigt deze verwachting en laat een stijging van de incidentie zien van 0,38 tot 0,61 ($p = 0.002$). De incidenties in de voorgaande jaren konden door een wijziging in de manier van coderen (episodegewijs) niet op dezelfde wijze worden berekend. (Het aantal gecodeerde contacten Y07 is 1,3 per 1000 ingeschreven patienten in '95-'96, 1,5 in '96-'97 en 2,1 in '97-'98. Na invoering: 5.5 in '98-'99, 5.2 in '99-'00 en 4,4 in '00-'01). De patiënt heeft zich in beide perioden op vergelijkbare wijze gepresenteerd. Het soort en aantal anamnesegegevens dat over de patiënt in het journaal te vinden is, is in beide perioden gelijk gebleven. Uit de interviews blijkt dat de huisarts een gedegen anamnese afneemt, dit lijkt niet veranderd sinds de

komst van sildenafil.

Na de introductie van sildenafil in de Verenigde Staten werden binnen korte tijd meer dan vier miljoen recepten verstrekt. Dit riep de vraag op of de introductie van silfadenil in Nederland ook met orkaankracht tot grote hoeveelheden recepten zou leiden (Lycklama à Nijeholt, 1998). Sinds de uitvoering van dit onderzoek tot op heden zijn er geen Nederlandse gegevens bekend over een eventuele stijging van het rapporteren van de klacht door mannen op het spreekuur. Onderhavig onderzoek geeft hierover de eerste onderbouwde gegevens. Een groot Nederlands onderzoek naar erectiestoornissen (de Boxmeer studie) geeft tot nu toe alleen de prevalentie van 13% in de open bevolking. Ook moet er nog duidelijk worden wat de tevredenheid van de patiënt met silfadenil is, ook op langere termijn (Meuleman, Donkers, Robertson, Keech, Boyle & Kiemeney, 2001).

Eerder onderzoek in Ierland liet zien dat het aantal voorgeschreven recepten (en de daarbij behorende kosten) achterbleef bij de verwachtingen (Williams & Feely, 2001). Dit zou verklaard kunnen worden door onderrapportage (vragen naar erectiestoornissen behoort niet tot de routine en patiënten melden het om uiteenlopende redenen niet spontaan) en door een terughoudend voorschrijfbeleid in verband met de bijwerkingen (Souverein, Egberts, Sturkenboom, Meuleman, Leufkens & Urquhart, 2001). Naar aanleiding van onze resultaten kan geconcludeerd worden dat het aantal voorschriften in Nederland meer overeenkomsten vertoont met het Ierse onderzoek dan met resultaten van onderzoek uit de Verenigde Staten (Rutchik, Baudiere, Wade, Sullivan, Rayford & Goodman, 2001).

Het aantal patiënten waarmee de huisarts een gesprek heeft gevoerd of voorlichting aan heeft gegeven is niet toegenomen. Dit werd wel verwacht, omdat veel huisartsen nascholing op het gebied van erectieproblemen hebben gevolgd. Over de toename van kennis zijn de huisartsen verdeeld. De eigen attitude ten aanzien van klachten van erectiele disfunctie vinden ze niet veranderd. Tevens opvallend, maar wel volgens de verwachtingen, is de daling in het aantal verwijzingen naar een specialist. Ook dit gegeven kwam naar voren tijdens de interviews. Doorsturen is minder vaak nodig omdat de huisarts de patiënt nu zelf iets te bieden heeft. In de VS zouden sinds de introductie van silfadenil 82% van de geïnterviewde huisartsen zich (enigszins) zekerder voelen bij het stellen van de diagnose erectiele disfunctie (Rutchik, Baudiere, Wade, Sullivan, Rayford & Goodman, 2001). Van deze huisartsen schreef 78% (regelmatig) sildenafil voor bij erectiele disfunctie. Door 70% van de huisartsen werd alleen naar de uroloog verwezen als

een patient onvoldoende baat had bij behandeling met sildenafil.

Het gebruik van de code Y07 (symptomen/ klachten potentie, man) is significant toegenomen in de tweede periode. Deze toename hangt waarschijnlijk samen met het feit dat de arts anders is gaan denken over het probleem van erectiele disfunctie. Een mogelijke verklaring is ook dat de patiënt de klacht als zelfstandig probleem, in plaats van als bijverschijnsel, presenteert.

Met de komst van sildenafil lijkt een taboe doorbroken te zijn. Enerzijds is dit een goede ontwikkeling; de patiënt met klachten van erectiele disfunctie wordt serieus genomen. Anderzijds is het van belang dat de arts behandelbare aandoeningen of achterliggende fysieke, psychologische en relationele factoren niet over het hoofd ziet (Hengeveld & Gianotten, 2001). Voor de huisarts is het van betekenis niet te snel over te gaan op het voorschrijven van een recept sildenafil, maar ook andere therapeutische mogelijkheden te overwegen. Het is de vraag of sildenafil, nu ruim twee jaar na introductie, nog steeds met dezelfde frequentie wordt voorgeschreven.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1998). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV*. 4e druk. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- World Health Organisation (1998). *De ICD-10 classificatie van psychische stoornissen en gedragsstoornissen*. Klinische beschrijvingen en diagnostische richtlijnen. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Moors, J.P.C., Lottman, P.E.M., & Slob, A.K. (1998). Diagnostiek en effectiviteit van behandeling bij erectiestoornissen: een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 21, 215-235.
- Lycklama à Nijeholt, A.A.B. (1998). De erectiepijl. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142, 2332-2333.
- Hengeveld, M.W. (1998). Somatisering van erectiestoornissen door de komst van sildenafil. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142, 2333-2336.
- Williams, D., & Feely, J. (2001). Initial uptake in use of sildenafil in general practice. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 56, 911-914.
- Meuleman, E.J.H., Donkers, L.H.C., Robertson, C., Keech, M., Boyle, P., & Kiemeny, L.A.L.M. (2001). Erectiestoornis: prevalentie en invloed op de kwaliteit van leven; het Boxmeer-onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 576-581.
- Souverein, P.C., Egberts, A.C., Sturkenboom, M.C., Meuleman, E.J.H., Leufkens, H.G., & Urquhart, J. (2001). The Dutch cohort of sildenafil users: baseline characteristics. *BJU International*, 87, 648-653.
- Rutchik, S.D., Baudiere, M., Wade, M., Sullivan, G., Rayford, W., & Goodman, J. (2001). Practice patterns in the diagnosis and treatment of erectile dysfunction among family practice physicians. *Urology*, 57, 146-150.
- Hengeveld, M.W., Gianotten, W.L. (2001). Erectiestoornissen: de actuele situatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 1381-1384.

English summary

Erectile dysfunction in general practice: changes in incidence and in diagnostic and therapeutic approach.

Object: to assess changes in incidence of erectile dysfunction in general practice and changes in management of the general practitioner towards patients with erectile dysfunction in relation to the introduction of sildenafil.

Design: descriptive.

Setting: general practices and health care centres in the Leiden region, the Netherlands.

Method: data were obtained from a computerized, anonymised database (RNUH-LEO), from which both relevant ICPC- or medication codes and clinical data (history, physical examination, treatment) were selected. To obtain supplemental information, seven general practitioners were interviewed.

Results: the incidence of general practitioner's encounters for erectile dysfunction has increased from 3,8 to 6,1 per year between the year before and after the introduction of sildenafil. The percentage of patients being treated by the general practitioner has increased from 54 to 83 %.

After the introduction of sildenafil, 59% of the patients have received a prescription for sildenafil whereas the percentage of referrals to a urologist decreased from 28 to 6 %.

In onze praktijk is ruimte
voor een collega

seksuoloog

Voor inlichtingen of sollicitaties:

Ingrid van Olden of Riet Pieters

Praktijk voor
Seksuologische Hulpverlening
Rubensstraat 52a
3443 GG Woerden
tel: 0348-433145

Graag reageren voor 31 januari 2003