

# De standaard 'Erectiele disfunctie' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Implicaties voor de seksuoloog

Peter Leusink, Tjerk Wiersma, Nathalie Van Rijn-Van Korten Hof

UMCU, Utrecht; Groene Hart Ziekenhuis, Gouda; Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht

---

## Samenvatting

Huisartsen zullen onder andere door vergrijzing van de populatie en door toename van cardiovasculaire problematiek frequenter in aanraking komen met een probleem als erectiele disfunctie. Om de huisartsen een houvast te bieden in diagnostiek en behandeling van deze disfunctie ontwikkelde Het Nederlands Huisartsen Genootschap de NHG-Standaard Erectiele disfunctie.

De belangrijkste elementen in deze richtlijn zijn:

- bij controlebezoeken voor comorbiditeit wordt bij mannen ook naar erectiele disfunctie gevraagd;
- het onderscheid tussen psychogene en somatogene erectiele disfunctie is belangrijk voor diagnostiek en behandeling;
- behoudens van meer lichaamsbeweging is van leefstijlverandering niet aangetoond dat een eenmaal aanwezige erectiele disfunctie daarmee verdwijnt;
- de effectiviteit en veiligheid van de drie fosfodiesteraseremmers type 5 (PDE-5-remmers), sildenafil, vardenafil en tadalafil zijn vergelijkbaar;
- voorlichting en begeleiding is altijd noodzakelijk, ook bij een medicamenteuze behandeling.

De meest saillante aspecten van de NHG-Standaard Erectiele disfunctie die bij seksuologen vragen kunnen oproepen worden hier besproken.

---

Vorig jaar publiceerde het Nederlands Huisartsen Genootschap de NHG-standaard Erectiele disfunctie (Leusink et al., 2008). Het is momenteel de meest recente Richtlijn in Nederland met betrekking tot deze seksuele disfunctie. Voor de doelgroep huisartsen betreft dit een nieuwe standaard, dat wil zeggen dat er voor het eerst een seksuologische onderwerp in een richtlijn voor de huisarts beschikbaar

is. De urologen beschikken sinds 2001 over een Richtlijn Erectiele disfunctie (Meuleman et al, 2001a). Binnen de seksuologie is het nooit gelukt een dergelijke richtlijn te ontwikkelen (Slob & Gijs, 2002; Poelsma, 2002; van Driel, 2002) alhoewel er wel een behandelstrategie is ontwikkeld waarvan de reikwijdte minder ver gaat dan van een richtlijn (Van Lankveld & Meuleman, 2001). Een NHG-Standaard geeft richtlijnen voor het handelen van de huisarts, het is bedoeld te fungeren als maat en houvast.

Sinds de introductie van sildenafil in 1998 zijn vragen om hulp voor erectieproblemen bij de huisarts in frequentie toegenomen en verwijzingen naar een specialist fors afgenomen (Vliet Vlieland et al, 2002). Van het aantal voorgeschreven PDE5-remmers neemt de huisarts met 90 % het grootste deel voor zijn rekening (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2008). Het is onbekend hoeveel mannen met erectiele disfunctie (ED) in de eerste lijn rechtstreeks naar een seksuoloog of psycholoog gaan.

Aangezien seksuologen via verwijzing frequent met huisartsen geconfronteerd zullen worden is het relevant kennis te nemen van de diagnostiek en behande-

---

Drs. P. Leusink, huisarts, seksuoloog NVVS, UMCU, Utrecht; Groene Hart Ziekenhuis, Gouda

W.Barentszlaan 32, 2803 XP Gouda E: leusinkp@knmg.nl

Dr. Tj.Wiersma, huisarts, filosoof en senior wetenschappelijk medewerker afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG

Drs. N. M.M. Van Rijn-Van Korten Hof, huisarts en wetenschappelijk medewerker afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG

Dit artikel is een bewerking van een publicatie in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: Wiersma, Tj., Leusink, P., van Rijn-van Korten Hof, N., de Boer, L.J., Vliet Vlieland, C.W., & Goudswaard, A. (2009). Samenvatting van de standaard 'Erectiele disfunctie' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 153, B27.

Ontvangen: 8 september 2009; Geaccepteerd: 10 november 2009.

ling van ED zoals de huisarts deze volgens de NHG-Standaard Erectiele disfunctie uitvoert of geacht wordt uit te voeren.

In deze beschouwing beperken we ons tot een bespreking van de meest saillante punten en aspecten van de standaard die bij seksuologen vragen kunnen oproepen. Het betreft achtereenvolgens: de mate van activiteit die de huisarts zou kunnen ontplooien om patiënten met ED op het spoor te komen, hoe onderscheid te maken tussen somatogene en psychogene ED, de mate waarin van huisartsen verwacht kan worden dat ze patiënten met ED zelf begeleiden, het nut van leefstijladviezen, de keuze van de voorkeursmedicatie bij ED en de verwijscriteria.

Voor de volledige tekst van de standaard inclusief de wetenschappelijk verantwoording in noten, verwijzen we naar de oorspronkelijk publicatie in Huisarts en Wetenschap. Deze is ook te vinden op <http://www.nhg.org>. Onderzoeksliteratuur na februari 2008 is niet meer verwerkt in deze Standaard.

### Signaleren van erectiele disfunctie

Erectiele disfunctie is in de standaard gedefinieerd als het voortdurend of terugkerend onvermogen een erectie te krijgen of te behouden voldoende voor seksuele activiteit. Daarmee wordt ook huisartsen opgeroepen de term impotentie te verlaten. ED komt bij navraag onder de mannelijke bevolking van 18-jaar en ouder veel voor; de gemiddelde prevalentie bedraagt in een drietal Nederlandse onderzoeken 14 procent. Daarbij neemt de prevalentie belangrijk toe met de leeftijd: van 14% bij 41- tot 50-jarigen tot 42% bij 71- tot 80-jarigen (de Boer, 2004; Blanker et al., 2001; Meuleman et al., 2001b). De prevalentie van ED in de Nederlandse huisartsenpraktijk is met 3,7 per 1000 mannen veel lager (Van der Linden et al., 2004). Dit duidt er onder andere op dat veel mannen met ED hiervoor niet naar hun huisarts gaan.

Een van de redenen is dat het percentage mannen dat de erectiestoornis als hinderlijk ervaart afneemt met het stijgen van de leeftijd. Anderzijds blijkt uit dezelfde onderzoeken dat ED veelal een negatieve invloed heeft op de kwaliteit van leven en dat een aanzienlijk percentage van de mannen wel behoefte heeft aan hulp, maar uit schaamte niet of pas met flinke vertraging met hun probleem naar een arts gaat (de Boer, 2004; Blanker et al., 2001; Meuleman et al., 2001b).

De aanwijzingen voor verborgen leed bij beschroomde mannen riep de vraag of de huisarts niet veel actiever naar de aanwezigheid van erectiestoornissen zou moeten informeren. Na discussie tussen voorstanders van een actieve benadering en huisartsen die meenden dat er eerst een hulpvraag van de kant van de

patiënt moet komen, werd uiteindelijk gekozen voor de volgende formulering: "Wij adviseren de huisarts om niet alleen te reageren op de expliciete hulpvraag van patiënten omtrent een erectieklacht, maar ook ED te signaleren bij de volgende risicogroepen: patiënten met een chronische ziekte, chronisch medicatiegebruik of een depressieve stoornis. Goede momenten hiervoor zijn bijvoorbeeld de jaarlijkse controles van hypertensie en diabetes mellitus, de eerste uitgifte en eerste controle van medicatie, en controles zes tot acht weken na een acuut myocardinfarct of cerebrovasculair accident." Hierbij is van belang dat er alleen een behandeling wordt ingesteld wanneer de ED als hinderlijk wordt ervaren of als deze lijden of relatieproblemen veroorzaakt.

### Het onderscheiden van somatogene en psychogene erectiele disfunctie

Erectiele disfunctie wordt in de standaard beschouwd als een multifactoriële stoornis waarbij psychogene (stress, depressie, relatieproblemen), somatogene (hart- en vaatziekten, neurologische aandoeningen, locale afwijkingen aan de penis, medicatie zoals SSRI's en antihypertensieva), seksuologische (faalangst, inadequate stimulatie) en culturele aspecten een rol spelen. Dat neemt niet weg dat in individuele gevallen één van genoemde aspecten de belangrijkste kan zijn en meer op de voorgrond zal staan. Het inschatten van de relatieve bijdrage van de belangrijkste oorzakelijke factoren is van belang voor de keuze van de therapie.

De belangrijkste informatie wordt vergaard door middel van een gerichte anamnese. Deze is gebaseerd op de 'seksuologische mini-anamnese' (Moors, 1998). Hier wordt niet alleen gevraagd naar aard van de klachten en omstandigheden waaronder deze vooral optreden, maar ook naar de ernst van de ED en de verwachtingen van de patiënt en diens partner omtrent de hulp die zij zoeken. Lichamelijk onderzoek draagt slechts zelden bij aan het vinden van de oorzaak en is alleen noodzakelijk bij locale afwijkingen aan de penis en bij een pijnlijke erectie. Laboratoriumonderzoek is alleen noodzakelijk als er naast de ED ook andere aanwijzingen worden gevonden voor een endocriene stoornis. Ook een routinematige screening op het vóórkomen van (risicofactoren voor) hart- en vaatziekten is vanwege de slechts geringe toename van de kans op hart- en vaatziekten bij mannen met erectiele disfunctie, niet geïndiceerd (Thompson et al, 2005).

Erectiele disfunctie op jonge leeftijd, aanwezigheid van ochtenderecties en erecties bij masturbatie, evenals een plotseling begin en een wisselend beloop wijzen in de richting van een overwegend psychische genese. Gevorderde leeftijd, afwezigheid van erecties

in de ochtend en bij masturbatie en een geleidelijk begin waarna de erecties steeds vaker uitblijven duiden op een belangrijke somatische oorzakelijke component. Bij persisterende onduidelijkheid over een overwegend psychogene dan wel somatogene oorzaak van de ED kan de huisarts de patiënt verzoeken thuis te proberen een erectie te krijgen met behulp van visueel-auditieve (erotische films) of tactiele (masturbatie al dan niet met glijmiddel of vibrator) stimulatie. Ook een zogenoemd erectiedagboek dat de man thuis gedurende een korte periode bijhoudt, kan de man en de huisarts inzicht geven in aanleiding en omstandigheden waaronder het probleem ontstaat. Een dergelijk erectiedagboek kan elke huisarts vanuit zijn digitaal dossier aan de patiënt op papier meegeven.

Differentieeldiagnostisch is het van belang ED te onderscheiden van andere stoornissen die op kunnen treden in de seksuele responscyclus. In dit verband zijn vooral de *ejaculatio praecox* (vroegtijdige zaadlozing; de penis verslapt na de zaadlozing) en de stoornis in seksueel verlangen (blijkend uit afwezigheid van seksueel verlangen, seksuele fantasieën of gedachten) van belang. Het is niet reëel van de huisarts te verwachten binnen de diagnose ED alle bijdragende factoren in kaart te brengen en te differentiëren.

### Begeleidende gesprekken

Bij een overwegend *psychogene ED* staan naast voorlichting begeleidende gesprekken op de voorgrond. Medicamenteuze therapie is bij psychogene ED slechts geïndiceerd als kortdurende ondersteuning, alhoewel hierover weinig onderzoek bekend is (van Lankveld e.a., 2003). In een aantal consulten wordt uitleg gegeven over oorzakelijke en onderhoudende factoren en de patiënt geïnstrueerd de aandacht te richten op andere aangename sensaties (niet-genitale streeloefeningen). In een later stadium wordt de patiënt gevraagd de aandacht te richten op gevoelens van seksuele opwinding en de prikkels waarmee die bereikt kunnen worden, zoals genitale streeloefeningen, erotische fantasieën en hulpmiddelen. Oefenen met het laten komen en gaan van de erectie kan het vertrouwen in het erectievermogen doen herstellen. Bij ieder consult worden concrete huiswerkopdrachten en oefeningen geformuleerd die op het eerstvolgende consult worden besproken (Hengeveld & Brewaeyts, 2001). Elke huisarts kan via het digitaal dossier deze basale informatie en eventuele oefeningen tijdens het spreekuur uitprinten en meegeven.

Bij het maken van de standaard ontstond discussie over de vraag in hoeverre het voeren van deze begeleidende gesprekken tot de reguliere taken van de huisarts moest worden gerekend. Na ampel beraad was

de conclusie dat dit niet het geval was, zodat in de standaard wordt gesteld dat geïnteresseerde huisartsen met bijzondere belangstelling voor seksuologische hulpverlening deze gesprekken desgewenst zelf kunnen voeren, maar dat huisartsen voor dit soort begeleiding ook kunnen doorverwijzen naar een seksuoloog, waarbij de voorkeur uitgaat naar een seksuoloog die aangesloten is bij de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS). Seksuologen NVVS zullen zich moeten realiseren dat huisartsen niet op de hoogte zijn van de kwaliteitsborging van het register van de NVVS.

### Leefstijladviezen

In het bijzonder bij erectieproblemen met een overwegend somatogene component deed zich de vraag voor of en in hoeverre bij de patiënt moet worden aangedrongen op wijziging van leefgewoontes die de kans op hart- en vaatziekten en de daarmee geassocieerde erectiele disfunctie doen toenemen. Het gaat daarbij in bijzonder om adviezen met betrekking tot roken, lichaamsgewicht en lichaamsbeweging en gebruik van alcohol en drugs.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat roken een onafhankelijke risicofactor is voor ED (Nicolosi et al, 2003; Bacon et al, 2003, 2006; Gades et al, 2005; Millett et al, 2006). Ook is er een onderzoek waaruit blijkt dat stoppen met roken verdere progressie van ED tegengaat (Pourmand et al, 2004). Stoppen met roken leidt evenwel niet tot een toename van de kans op remissie van de erectiestoornis (Travison et al, 2007). Men veronderstelt dat langdurig roken leidt tot irreversibele schade. Van stoppen met roken kan dan ook voor wat betreft reductie van een eenmaal aanwezige erectiele disfunctie weinig heil worden verwacht, al blijft dit natuurlijk vanwege andere voordelen voor de gezondheid aanbevelenswaardig.

Ook een te veel aan lichaamsgewicht blijkt verband te houden met een toegenomen kans op het ontwikkelen van erectiele disfunctie (Holden et al, 2005; Blanker et al, 2001). Er zijn evenwel geen onderzoeken waaruit blijkt dat afvallen een eenmaal aanwezige erectiele disfunctie doet verminderen.

Gebrek aan lichaamsbeweging en regelmatige fysieke inspanning is eveneens een risicofactor die in diverse onderzoeken gerelateerd is aan een grotere kans op ED (Derby et al, 2000; Laumann et al, 2005). Uit een groot prospectief cohortonderzoek (n = 31.724, 53-90 jaar) blijkt bij mannen met frequente forse lichamelijke activiteit de kans op erectiele disfunctie ongeveer 30 procent minder is dan bij mannen met weinig lichamelijke activiteit (Bacon et al, 2003). Een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek onder 110 obese mannen met erectiele disfunctie wees uit dat

Tabel 1: Indicaties voor consultatie of verwijzing

Verwijzen naar	Indicaties	Beleidsopties
Seksuoloog NVVS	<u>Diagnostiek:</u> - ED die verband houdt met (complexe) relatieproblematiek - ED in combinatie met ejaculatio precox - Stoornis in seksueel verlangen - Comorbiditeit: psychopathologie, ontwikkelingsstoornis of ernstig somatisch lijden - Onduidelijke etiologie <u>Behandeling:</u> - Partners hebben geen gezamenlijke hulpvraag - Indien de huisarts geen affiniteit heeft met het voeren van begeleidende gesprekken - Weinig effectiviteit van de behandeling van de huisarts na enkele maanden behandelen - Veel bijwerkingen van medicatie	- Advies - Seksuologische behandeling (seks-/ relatie therapie); eventueel in combinatie met: - hulpmiddelen - orale medicatie
Uroloog	- Nadere somatische diagnostiek - M. Peyronie > 12 maanden - Onvoldoende reageren op orale medicatie - Contra-indicatie voor orale medicatie - Langdurige erectie langer dan 4 uur (priapisme) - (Laat) hypogonadisme - Invasieve behandelmethoden	- Advies - Instellen dosering orale medicatie - Instellen dosering van intracaverneuze injecties of intra-urethrale stift - Aspiratie corpus cavernosum bij couperen langdurige erectie langer dan 6 uur - Testosteronsuppletie - Urologische operaties: prothese of vaatchirurgie

toename van lichaamsbeweging de kans op ED doet verminderen (Esposito et al, 2004). Meer lichaamsbeweging bleek het grootste effect te hebben op de verlaging van de incidentie van ED, meer nog dan vermindering van de tabaks- en alcoholconsumptie of gewichtsverlies bij overgewicht (Derby et al, 2000). Extra lichaamsbeweging is de enige leefstijlfactor die een eenmaal aanwezige ED kan doen verminderen (Bacon et al, 2006). Ook na het verschijnen van de Standaard is dit door nieuw onderzoek aangetoond (Hannan et al., 2009), een gegeven dat ook onder seksuologen niet altijd bekend is.

De gegevens over de relatie tussen ED en gebruik van alcohol en drugs zijn niet eenduidig. Betere onderzoeksopzetten zijn nodig om hier een goed antwoord op te kunnen geven.

### De keuze van de medicatie

Bij een overwegend *somatogene ED* staat naast de voorlichting en het advies meer te bewegen de medicamenteuze behandeling op de voorgrond. Als deze combinatie onvoldoende effect heeft, kunnen begeleidende gesprekken toegevoegde waarde hebben.

Uiteraard rees bij de vervaardiging van de standaard de vraag of er een voorkeur moest worden uitgesproken voor een van de beschikbare fosfodiësterase-5-remmers: sildenafil, vardenafil of tadalafil. Vanaf de introductie van sildenafil in 1998 en tadalafil en vardenafil in 2003 zijn vele gerandomiseerde placebo-gescontroleerde onderzoeken verricht naar de effectiviteit en veiligheid van deze producten. Nagenoeg al deze

onderzoeken zijn gesponsord door de farmaceutische producent van het middel. Een systematische review van vijftig trials tot juli 2005 (35 over sildenafil, 8 over tadalafil, 7 over vardenafil) doet een poging tot indirecte vergelijking op basis van een aantal vaste criteria en eindpunten (Moore, Derry & McQuay, 2005). Het percentage geslaagde coïtus voor sildenafil, tadalafil en vardenafil was respectievelijk 65%, 62% en 59%, met een placebo-effect van 23-28%. Het percentage verbeterde erecties was respectievelijk 76%, 75% en 71%, met een placebo-effect van 22-24% en een NNT (number needed to treat) van 2. De middelen zijn daarmee alle drie even effectief. Ook de mate waarin de verschillende middelen getolereerd werden, was vergelijkbaar: hoofdpijn was de meest voorkomende bijwerking.

In twee vergelijkende dubbelblinde cross-overtrials gaven gebruikers het langwerkende tadalafil de voorkeur boven sildenafil (Govier et al., 2003; Von Keitz et al., 2004). Kanttekeningen bij deze onderzoeken zijn dat de middelen in niet-equivalente doses gebruikt werden en dat de gebruiksinstructies voor het langwerkende middel niet vergelijkbaar waren met die voor het kortwerkende middel. In twee latere multicenter gerandomiseerde, open-label cross-overtrials, waarin mannen de gelegenheid kregen zelf hun optimale dosis te kiezen, gaf 71 % van de mannen tadalafil de voorkeur boven sildenafil, terwijl de effectiviteit van beide middelen gelijk is (Eardley et al., 2005; Dean, 2006). Een recent (niet-gesponsord) gerandomiseerd prospectief cross-overonderzoek (n = 132) vergeleek

de drie PDE-5-remmers, elk in de hoogste dosis. Ook in dit onderzoek gaven de patiënten de voorkeur aan tadalafil en scoorde dit middel significant beter op objectieve eindpunten (Tolra et al. 2006). Een andere recente open-label RCT (n = 291) vergeleek sildenafil en tadalafil op objectieve eindpunten en liet een preferentie zien van 70% voor tadalafil (Eardley et al., 2007).

Samenvattend komt de standaard tot de conclusie dat de drie PDE-5-remmers alle even effectief en veilig zijn. Indien het geen probleem is om het tijdstip van seksueel contact van tevoren vast te stellen, zijn de kortwerkende preparaten, sildenafil en vardenafil, geschikte middelen. Indien de patiënt wat meer vrijheid wenst, kan gekozen worden voor het langer werkende tadalafil.

### Verwijscriteria

Huisartsen verwijzen erg weinig en meestal wordt er verwezen naar een uroloog (Kedde & Donker, 2006). Teneinde deze verwijzing op "orgaan-niveau" te doorbreken zijn criteria geformuleerd waarmee de huisarts argumenten heeft naar een seksuoloog of een uroloog te verwijzen. Een overzicht wordt gegeven in tabel 1.

### Literatuur

- Bacon, C., Mittleman, M., Kawachi, I., Giovannucci, E., Glasser, D., & Rimm, E. (2003). Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study. *Annals of Internal Medicine*, 139, 161-168.
- Bacon, C., Mittleman, M., Kawachi, I., Giovannucci, E., Glasser, D., & Rimm, E. (2006). A prospective study of risk factors for erectile dysfunction. *Journal of Urology*, 176, 217-221.
- Blanker, M., Thomas, S., Prins, A., Bosch, J., Groeneveld, F., & Bernsen, R. (2001). Erectiestoornissen bij mannen van 50 jaar en ouder: prevalentie, risicofactoren en ervaren hinder. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 1404-1409.
- Dean, J., Hackett, G., Gentile, V., Pirozzi-Farina, F., Rosen, R., & Zhao, Y. (2006). Psychosocial outcomes and drug attributes affecting treatment choice in men receiving sildenafil citrate and tadalafil for the treatment of erectile dysfunction: results of a multicenter, randomized, open-label, crossover study. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 650-661.
- De Boer, B. (2004). *Erectile dysfunction in primary care: the ENIGMA study* [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Derby, C., Mohr, B., Goldstein, I., Feldman, H., Johannes, C., & McKinlay, J. (2000). Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk? *Urology*, 56, 302-306.
- Eardley, I., Mirone, V., Montorsi, F., Ralph, D., Kell, P., & Warner, M. (2005). An open-label, multicentre, randomized, crossover study comparing sildenafil citrate and tadalafil for treating erectile dysfunction in men naive to phosphodiesterase 5 inhibitor therapy. *British Journal of Urology International*, 96, 1323-1332.
- Eardley, I., Montorsi, F., Jackson, G., Mirone, V., Chan, M., & Loughney K. (2007). Factors associated with preference for sildenafil citrate and tadalafil for treating erectile dysfunction in men naive to phosphodiesterase 5 inhibitor therapy: post hoc analysis of data from a multicentre, randomized, open-label, crossover study. *British Journal of Urology International*, 100, 122-129.
- Esposito, K., Giugliano, F., Di, P., Giugliano, G., Marfella, R., & D'Andrea, F. (2004). Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2978-2984.
- Gades, N., Nehra, A., Jacobson, D., McGree, M., Girman, C., & Rhodes, T. (2005). Association between smoking and erectile dysfunction: a population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 161, 346-351.
- Govier, F., Potempa, A., Kaufman, J., Denne, J., Kovalenko, P., & Ahuja, S. (2003). A multicenter, randomized, double-blind, crossover study of patient preference for tadalafil 20 mg or sildenafil citrate 50 mg during initiation of treatment for erectile dysfunction. *Clin Ther.*, 25, 2709-2723.
- Hannan, J., Maio, M., Komolova, M., & Adams, M. (2009). Beneficial impact of exercise and obesity interventions on erectile function and its risk factors. *Journal of Sexual Medicine*, 6 Suppl 3, 254-261.
- Hengeveld, M., & Brewaeys, A. (2001). *Behandelingsstrategieën bij seksuele disfuncties*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Holden, C., McLachlan, R., Pitts, M., Cumming, R., Wittert, G., & Agius, P. (2005). Men in Australia Telephone Survey (MATEs): a national survey of the reproductive health and concerns of middle-aged and older Australian men. *Lancet*, 366, 218-224.
- Kedde, H. & Donker, G. (2006). Het huisartsgeneeskundig handelen bij erectieproblemen – gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. *Huisarts en Wetenschap*, 49, 410-414.
- Laumann, E., Nicolosi, A., Glasser, D., Paik, A., Gingell, C., & Moreira, E. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17, 39-57.
- Leusink, P., de Boer, L., Vliet Vlieland, C., Rambharose, V., Sprengers, A., Mogendorff, S., & Van Rijn – Van Korten-hof, N. (2008). NHG-standaard Erectiele disfunctie. *Huisarts en Wetenschap*, 51, 381-394.
- Meuleman, E., Donkers, L., Robertson, C., Keech, M., Boyle, P., & Kiemeny, L. (2001b). Erectiestoornis: prevalentie en invloed op de kwaliteit van leven; het Boxmeer-onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 576-581.

- Meuleman, E., Wiersma, T., Meinhardt, W., & Haensel, S. (2001a). *Richtlijn diagnostiek en behandeling van erectiele disfunctie*. Utrecht: Nederlandse vereniging voor Urologie.
- Millett, C., Wen, L., Rissel, C., Smith, A., Richters, J., & Grulich, A. (2006). Smoking and erectile dysfunction: findings from a representative sample of Australian men. *Tobacco Control, 15*, 136-139.
- Moore, R., Derry, S., & McQuay, H. (2005). Indirect comparison of interventions using published randomised trials: systematic review of PDE-5 inhibitors for erectile dysfunction. *BMC Urology, 5*, 18.
- Moors, J. (1998). Problemen rond seksualiteit bij ouderen (4). *Tijdschrift Huisartsgeneeskunde, 15*, 261-271.
- Nicolosi, A., Glasser, D., Moreira, E., & Villa, M. (2003). Prevalence of erectile dysfunction and associated factors among men without concomitant diseases: a population study. *International Journal of Impotence Research, 15*, 253-257.
- Poelsma, M. (2002). Forum: Te vroeg, te laat, te weinig. *Tijdschrift voor Seksuologie, 32*, 154-156
- Pourmand, G., Alidaee, M., Rasuli, S., Maleki, A., & Mehrsai, A. (2004). Do cigarette smokers with erectile dysfunction benefit from stopping? A prospective study. *BJU Int., 94*, 1310-1313.
- Slob, A., & Gijs L. (2002). Forum; Commentaar bij Concept "Richtlijn diagnostiek en behandeling van erectiele disfunctie. *Tijdschrift voor Seksuologie, 32*, 153-154
- Stichting Farmaceutische Kengetallen. (2008). *Totaal aantal voorschriften van tadalafil, sildenafil en vardenafil in het jaar 2008*. Den Haag: SFK.
- Thompson, J., Tangen, C., Goodman, P., Probstfield, J., Moinpour, C., & Coltman, C. (2005). Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. *Journal of the American Medical Association, 294*, 2996-3002.
- Tolra, J., Campana, J., Ciutat, L., & Miranda, E. (2006). Prospective, randomized, open-label, fixed-dose, crossover study to establish preference of patients with erectile dysfunction after taking the three PDE-5 inhibitors. *Journal of Sexual Medicine, 3*, 901-909.
- Travison, T., Shabsigh, R., Araujo, A., Kupelian, V., O'Donnell, A., & McKinlay, J. (2007). The natural progression and remission of erectile dysfunction: results from the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology, 177*, 241-246.
- Van der Linden, M., Westert, G., de Bakker, D., & Schellevis, F. (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk*. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM.
- Van Driel, M. (2002). Forum: Slob & Gijs, God karretjes en actuele richtlijnen. *Tijdschrift voor Seksuologie, 32*, 156.
- Van Lankveld, J., & Meuleman, E. (2001). Erectiestoornissen. Cognitieve gedragstherapie of farmacotherapie. In: Hengeveld, M. & Brewaeyns, A. *Behandelingsstrategieën bij seksuele disfuncties*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Lankveld J., Hout, M. van den, Spigt M., & Koeveringe G. van. (2003). Cognitive changes predict continued recovery of erectile functioning versus relapse after discontinuation of sildenafil treatment for male erectile dysfunction. *Psychosomatic Medicine, 65*, 709-718.
- Vliet Vlieland, C. (2002). Erectiele disfunctie in de huisartsenpraktijk; veranderingen in de incidentie en in beleid van de huisarts sinds de introductie van sildenafil. *Tijdschrift voor Seksuologie, 26*, 239-244.
- Von Keitz, A., Rajfer, J., Segal, S., Murphy, A., Denne, J., & Costigan, T. (2004). A multicenter, randomized, double-blind, crossover study to evaluate patient preference between tadalafil and sildenafil. *European Urology, 45*, 499-507.

## Summary

### The standard 'Erectile dysfunction' of the Dutch Society of General Practitioners [Nederlands Huisartsen Genootschap]. Implications for the clinical sexologist

General practitioners will increasingly be confronted with erectile dysfunction for example because of an increasingly ageing population and by an increase of cardiovascular problems. To offer the general practitioners a guideline in diagnosis and treatment a Guideline Erectile dysfunction was developed. The most important elements in this directive are:

- during the follow-up consultations for co-morbidity inquiry after erectile dysfunction is recommended;
- the discrimination between psychogenic and somatic erectile dysfunction is important for the choice of treatment;
- increased physical activity excepted, it has not been demonstrated that changes of life-style reduce erectile dysfunction;
- the efficacy and safety of the three PDE-5-inhibitors, sildenafil, vardenafil and tadalafil are similar;
- information and counselling is always necessary, even in a drug treatment.

The most important aspects of the guideline which can raise questions by sexologists will be discussed here.