

ORGANISK IMPOTENS (EREKTIL DYSFUNKTION, REJSNINGSBESVÆR)



DEFINITION OG BAGGRUND

Rejsningsbesvær defineres som vedvarende eller tilbagevendende manglende evne til at opnå og/eller vedligeholde rejsning tilstrækkelig til at gennemføre tilfredsstillende seksuel aktivitet. Det skal understreges at det gennemsnitlige samleje varer ca. 5 minutter fra penetration, hvorfor patientens subjektive oplevelse ikke nødvendigvis kan stå alene i diagnostikken. Som en alternativ definition kan man benytte nedsatte scorere på validerede spørgeskemaer – f.eks. en score <25 på International Index of Erectile Dysfunction Erectile Function Domænet (6 spørgsmål) eller en score <3 på Erection Hardness scale (1 spørgsmål).

UDREDNING

Anamnese

Co-morbiditet/medicin

- Særligt fokus på hjertekar-sygdom, diabetes, neurologisk sygdom og tidligere traumer/kirurgi i bækkenregionen
- Særligt fokus på antidepressiva, betablokkere, thiazider og 5-alfa-reduktase hæmmere
- Evt. misbrug (alkohol, euforiserende stoffer)

Sværhedsgraden af rejsningsbesværet beskrives

- Er det muligt for patienten at få nogen rejsning?
- Hvor stærk er rejsningen (f.eks. som procentvis af funktionen da den var bedst)
- Hvor hurtigt falder rejsningen igen?
- Evt. brug af spørgeskemaer som beskrevet ovenfor

Udviklingen og forekomst af symptomer beskrives

- Er symptomerne kommet pludseligt eller gradvist?
- Er rejsningsbesværet til stede i alle situationer?
- Er der forekomst af natlige rejsninger/morgenrejsninger?

- Er det muligt at få udløsning/orgasme

Andre symptomer/overvejelser

- Symptomer på hypogonadisme (nedsat libido, nedsat energi, hedeture, mindre kropsbehåring)
- Psykosociale forhold og partnerstatus samt evt. problemer i parforholdet
- Stress, angst eller depressive symptomer
- Seksuel dysfunktion hos partneren

Objektiv undersøgelse

- Generel undersøgelse med inklusion af almen tilstand, abdominalomfang, hjertetestoskopi, perifere pulse, blodtryk
- Fokuseret andrologisk undersøgelse: Penis (phimosis, frenulum breve, plaques, deviation), scrotum (testiklernes størrelse og konsistens, varicocele, anden patologi), evt. rektaleksploration, virilisering (behåring, fedtfordeling, gynækomasti)
- Ved mistanke om neurologisk sygdom eller perifer neuropati undersøges sensibilitet og reflekser, særligt bulbocavernosusrefleksen (bulbocavernosusmusklen og anal sphincter trækker sig sammen, når glans penis klemmes).

Paraklinisk

- HbA1c
- Kolesteroltal, lipider
- Total testosteron ved mistanke om hypogonadisme (tages før kl. 10 og gentages hvis nedsat)

Specialundersøgelser

- Sjældent indiceret men kan inkludere penilt blodflow ved UL doppler, arteriografi efter traume og måling af natlige rejsninger med rigiscan ved tvivl om organisk eller psykisk baggrund.

DIFFERENTIALDIAGNOSER

- Psykisk betinget rejsningsbesvær
- Præmatur ejakulation (hvorefter rejsningen falder)
- Urealistiske forventninger
- Smertebetinget rejsningsbesvær f.eks. pga. phimosis eller frenulum breve

Man har tidligere adskilt organisk og psykisk betinget rejsningsbesvær skarpt. Den tilgang betragtes i dag som forældet, idet de fleste tilfælde af rejsningsbesvær har en psykisk komponent der bør være opmærksomhed omkring. I anamnesen kan man dog få en god ide om hvorvidt problemet primært er organisk eller psykisk. Her gælder, at organisk rejsningsbesvær typisk udvikles gradvist eller har relation til en bestemt begivenhed, f.eks. en operation eller ordination af et nyt medikament. Desuden er det til stede i alle situationer og oftest beskrives svigtende eller manglende natlige rejsninger/morgenrejsninger. Modsat opstår psykisk betinget rejsningsbesvær ofte pludseligt uden nogen erkendelig fysisk årsag. Her kan der derimod være psykologiske faktorer på spil som f.eks. stress, partnertab eller andre betydende livsbegivenheder. Det kan desuden være vekslende således at patienten f.eks. ikke får rejsning sammen med sin partner, men godt kan få det alene. Endelig ser man typisk gode natlige rejsninger/morgenrejsninger.

Ved organisk rejsningsbesvær uden klar genese må man mistænke underliggende uerkendt hjertekarsygdom og det er væsentligt at patienten udredes for dette. Den indledende screening foretages som et led i udredningen (beskrevet ovenfor).

BEHANDLING

Underliggende sygdom skal naturligvis håndteres, og det beror på en individuel vurdering, om ED skal behandles sideløbende. Her vil ofte være tale om kardiovaskulære problemstillinger, der håndteres i almen praksis eller via henvisning til kardiolog i svære tilfælde. Desuden skal patienter med formodet vaskulært betinget ED altid rådgives om livsstilsændringer. Det vil reducere risikoen for udvikling af manifest sygdom og kan i sig selv give mindre forbedringer i rejsningsfunktionen.

Før specifik ED behandling iværksættes, bør der forventningsafstemmes, idet det diskuteres, hvad patienten ønsker at opnå. Dvs. der bør sættes et behandlingsmål for, hvad der kan betragtes som tilfredsstillende seksuel aktivitet, idet man ikke kan regne med at genskabe fuld rejsningsfunktion, som da den var på sit højeste. Det kan ofte være en fordel at inkludere en eventuel partner i denne diskussion. Beslutningen må dog bero på en individuel vurdering og tages naturligvis af patienten. Desuden skal det understreges at man ikke bør starte behandling hos mænd med så alvorlig hjertesygdom, at seksuel aktivitet frarådes pga. den fysiske anstrengelse.

Førstelinjebehandlingen består af PDE5-hæmmere. Valg af præparat foretages ud fra en samlet vurdering af pris, tilgængelighed og egenskaber. Ved ordination af præparater skal eventuelle kontraindikationer (særligt brug af nitrat-præparater) overvejes og patienten skal informeres om mulige bivirkninger jf. www.pro-medicin.dk. Specielt i forhold til alfa-blokkere kan PDE5-hæmmere ordineres, når patienten er stabilt medicineret med alfuzosin eller tamsulosin. Man bør undgå at kombinere PDE5-hæmmere og doxazocin pga. risiko for blodtryksfald.

- Sildenafil: Virkning indtræder efter ca. ½ time med maksimal plasmakoncentration efter 1 time. Effekt samlet i ca. 4 timer. Absorption nedsættes ved indtag af fedt. Startdosis som udgangspunkt 50 mg
- Vardenafil: Egenskaber stort set identiske med sildenafil. Startdosis som udgangspunkt 10 mg.
- Tadalafil: For on-demand behandling indtræder virkningen efter ca. ½-1 time med maksimal plasmakoncentration efter 2 timer. Der er effekt i op til 36 timer. Absorption påvirkes ikke af fødeindtag. Startdosis som udgangspunkt 10 mg. Pga. den lange halveringstid kan tadalafil også gives som daglig behandling. Her indtages medicinen hver dag på samme tidspunkt og effekten indtræder efter ca. 5 dages behandling. Dette kan også give subjektiv bedring af LUTS symptomer. Startdosis er 5 mg med mindre underliggende sygdom tilsiger andet. Den kan nedsættes til 2,5 mg efter individuel vurdering.
- Avanafil: Virkning indtræder efter ca. 15 min med maksimal plasmakoncentration efter ½ time. Effekt samlet i minimum 6 timer og ofte længere. Absorption påvirkes ikke af fødeindtag. Startdosis som udgangspunkt 100 mg. Individuelle undersøgelser antyder at avanafil har en lavere frekvens af bivirkninger end de øvrige PDE5-hæmmere men head-to-head studier mangler.

Når en PDE5-hæmmer ordineres, er det vigtigt at informere patienten grundigt om indtag, og om at det kræver seksuel lyst og stimulation at få rejsning. Ved manglende effekt sikres først og fremmest at dette er forstået. Herefter øges dosis. Ved fortsat manglende effekt informeres patienten om at effekten af sildenafil og vardenafil kan øges ved at indtage stofferne på tom mave og vente 1 time med seksuel aktivitet. For tadalafil informeres om at vente 2 timer mellem indtag og seksuel aktivitet. Ved fortsat manglende effekt forsøges præparatskift til en

anden PDE5-hæmmer i højeste dosis. Patienten bør som udgangspunkt forsøge 2 forskellige præparater minimum 4 gange hver inden PDE5-hæmmere opgives.

Andenlinjebehandling består af et af følgende behandlingstiltag. Rækkefølgen samt hvor meget der forsøges aftales individuelt med patienten:

- **Injektionsbehandling:** Injektion af et vasoaktivt stof i penis er en effektiv behandling for de patienter, der kan acceptere dette. Behandlingen giver en automatisk rejsning og er ikke afhængig af lyst og seksuel stimulation. Aktuelt findes Caverject (alprostadil) og Invicorp (VIP og phentolamin) på det danske marked. Når medicinen ordineres, bør patienten oplæres i injektionsteknik i ambulatoriet, hvor der også informeres om mulige bivirkninger og informeres om risiko for priapisme. Optimalt set klargøres sprøjten sammen med patienten, og der foretages herefter injektion ved enten patient eller læge. I praksis kan patienten herefter sendes hjem og kvaliteten af en evt. rejsning kan vurderes ved telefonkonsultation eller et opfølgende ambulante besøg ud fra patientens beskrivelse/tilfredshed. I en del tilfælde vil det dog være uhensigtsmæssigt for patienten at tage hjem med rejsning, og man kan så afstå fra injektion i ambulatoriet. I de tilfælde fremvises og klargøres sprøjten, og der forklares om injektionen hvorefter patienten må forsøge det selv i hjemmet. For Caverject startes med mindste dosis, og patienten informeres om selv at øge dosis gradvist med hver injektion hjemme ved manglende effekt. Opfølgning kan foregå ved besøg eller pr. telefon efter individuel vurdering.
- **Intraurethral behandling:** Her er tale om et mindre invasivt – men også mindre effektivt – alternativ til injektion. Ved denne behandling indføres det vasoaktive stof (alprostadil) i urinrøret hvorfra det diffunderer ud i det cavernøse væv. Man kan benytte enten en stift (MUSE) eller en gel (Vitaros). Ved effekt opstår der automatisk rejsning ligesom ved injektionerne.
- **Vacuumpumper:** Kan tilbydes som et alternativ til patienter, der ikke tåler eller ikke ønsker medicinsk behandling. Her sættes en cylinder over penis, og der skabes undertryk vha. en pumpe. Når der passivt er suget blod ud i penis, påsættes en penisring af gummi ved penisroden for at holde på blodet. Denne må sidde i maksimalt 20-30 min for at undgå hudnekroser. Der er tale om en mekanisk rejsning, og penis vil ikke have rigiditet under penisringen, hvilket kan give en hængsel-effekt og gøre penis svær at styre.

For medicinsk behandling kan søges enkelttilskud når det er konstateret at behandlingen virker. Der kan søges om tilskud til vacuumpumpe hos patientens kommune som hjælpemiddel til varige lidelser i henhold til servicelovens § 112. Pumpen må ikke erhverves før kommunen har godkendt ansøgningen.

Tredjelinjebehandlingen er et penisimplantat: Ved svigt af både 1. linje og 2. linje behandling kan patienten tilbydes henvisning til Herlev og Gentofte Hospital eller Aarhus Universitets Hospital med henblik på vurdering til penisimplantat. Det er en forudsætning, at patienten accepterer, at der er tale om et irreversibelt kirurgisk indgreb, og at han har håndfunktion, der er sufficient til at betjene pumpen.

BEHANDLING MED TESTOSTERON

Ved ED hos patienter med nedsat total-testosteron (<12 nmol/l) og andre hypogonadale symptomer (nedsat libido, nedsat energi, hedeture etc.) kan testosteronbehandling forsøges. Dette kan gives enten på urologisk afdeling, via egen læge eller via henvisning til endokrinologer. Ved manglende effekt på rejsningen kombineres med en PDE5-hæmmer efter normale retningslinjer. Hos mænd med nedsat testosteron, der udelukkende er generet af nedsat rejsningsfunktion, kan behandling med en PDE5-hæmmer rimeligvis forsøges først.

ANDRE BEHANDLINGER

I tillæg til de etablerede behandlinger er shockbølgebehandling foreslået som mulig behandling for rejsningsdysfunktion. Ifølge de europæiske retningslinjer kan dette forsøges hos mænd med mild vaskulær ED, mænd der ikke ønsker eller ikke kan tilbydes PDE5-hæmmere samt i kombination med PDE5-hæmmere, hos mænd der responderer dårligt på disse.

Dokumentationen for en egentlig effekt er dog sparsom, og der findes ingen konkrete anbefalinger mht. valg af udstyr, indstillinger eller behandlingsfrekvens og -varighed. Samlet set kan behandlingen derfor ikke anbefales på nuværende tidspunkt og må fortsat betragtes som eksperimentel.

Injektion med såkaldt "platelet rich plasma" er også foreslået som behandling, idet det teoretisk skulle frigive vækstfaktorer, der så forbedrer karforsyning og endothelfunktion i penis. Der er dog kun yderst sparsom og kontroversiel dokumentation for denne behandling, og den bør ikke tilbydes udenfor strukturerede kliniske forsøg.