

Endovaskuläre Revaskularisation bei erektiler Dysfunktion

Damit wieder Blut zum Penis fließt

AARAU – Bei der erektilen Dysfunktion gelten Phosphodiesterase-5-Inhibitoren als Therapie der Wahl. Ist eine Arteriosklerose die Ursache, kann die endovaskuläre Revaskularisation eine Alternative darstellen. In einer Schweizer Studie wurde nun der Erfolg dieser Methode getestet.

Eine erektile Dysfunktion (ED) gilt als wichtiger Indikator im Hinblick auf kardiovaskuläre Erkrankungen. Zu den möglichen Folgen gehören Myokardinfarkte, Schlaganfälle, Aortenaneurysmen oder pAVK. Die Prävalenz der ED liegt zwischen 18 % und 49 %, schreiben **Professor Dr. Nicolas Diehm**, Gründer des Zentrums für Gefässmedizin Mittelland in Aarau, und Kollegen in einer aktuellen Publikation.¹ Bei einer somatisch bedingten ED finden sich in erster Linie vaskuläre, endokrinologische oder medikamentenassoziierte Ursachen.

ASS und Clopidogrel nach dem Eingriff

In den vergangenen beiden Dekaden wurde die Therapie der erektilen Dysfunktion durch die Einführung der Phosphodiesterase-5-Inhibitoren (PDE5i) revolutioniert. PDE5i gelten heute als Therapie der Wahl. Bis zu 50 % der Patienten sprechen allerdings auf diese Behandlung nicht adäquat an oder haben entsprechende Nebenwirkungen, schreiben die Autoren. Eine Alternative stellt die endovaskuläre Revaskularisation von Arterien am Penis und im Becken dar, die bei der Erektion involviert sind. Die Kollegen untersuchten diese Methode in einer Studie mit 50 Patienten.

Die meisten eingeschlossenen Probanden hatten ein unzureichendes Ansprechen oder Nebenwirkungen auf eine medikamentöse Therapie mit PDE5i oder intrakavernösen Prostaglandinen gezeigt. Die endovaskuläre Behandlung umfasste bei allen Patienten eine Standard-Ballon-Angioplastie (POBA) zur Prädilatation der stenosierten Arterien. Je nach Durchmesser des Gefässes erfolgte anschliessend gegebenenfalls noch eine Angioplastie mit medika-



mentenbeschichtetem Ballon (DCB) oder die Implantation eines medikamentenbeschichteten Stents (DES). 97,6 % der Läsionen konnten auf diese Weise erfolgreich behandelt werden. Nach der Intervention bekamen die Patienten Acetylsalicylsäure und Clopidogrel für ein Jahr sowie Tadalafil für drei Wochen.

Die Teilnehmer füllten zu Beginn der Studie sowie nach drei und zwölf Monaten einen 15 Fragen umfassenden Fragebogen zu ihrer erektilen Funktion aus, den *International Index of Erectile Function* (IIEF-15), zu dem eine Punkteskala bis 75 gehört. Sechs für die erektile Funktion besonders spezifische Fragen daraus werden im IIEF-6 zusammengefasst (Punkteskala bis 30).

Resultate konsistent in den Subgruppen

Eine klinisch relevante Verbesserung beim IIEF-6 im Vergleich zur Baseline – d.h. eine Zunahme des Scores um mindestens 4 Punkte – zeigten nach drei Monaten 67,3 % und nach zwölf Monaten noch 65,2 % der Patienten. Der IIEF-15-Gesamtscore verbesserte sich von 31,3 vor dem

Eingriff auf 42,5 nach einem Jahr ($p < 0,0001$). Die Resultate waren konsistent in den Subgruppen – lediglich die älteren Patienten und jene mit einer arteriellen Hypertonie profitieren etwas weniger.

Praktikable und sichere Methode

Die Autoren analysierten zudem zwei Fragen aus dem IIEF separat, weil sie Schlüsselkomponenten für die erektile Funktion darstellen: die Frage nach der Fähigkeit zur Penetration und die Frage nach der Fähigkeit, die Erektion während des Geschlechtsverkehrs aufrechtzuerhalten. Bei diesen beiden Aspekten zeigte sich eine Verbesserung bei 57,1 % bzw. 60,4 % der Patienten nach zwölf Monaten. Nach einem Jahr lagen die durchschnittlichen Scores der Frage 3 des IIEF-15 (Fähigkeit zur Penetration) um 1,1 Punkte (22 %) und der Frage 4 (Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Erektion) um 1,0 Punkte (20 %) höher ($p = 0,0001$). Schwere Nebenwirkungen traten bei den Studienteilnehmern nicht auf. Während des Eingriffs und innerhalb des Zeitrau-

mes 30 Tage danach kam es auch zu keinen arteriellen Embolien.

Die endovaskuläre Revaskularisation zeigte in dieser Studie bei mehr als zwei Drittel der Patienten eine Verbesserung der erektilen Funktion. Die Autoren beurteilen die Methode als praktikable und sichere Behandlung der atherosklerotischen ED. Die Wirkung der Intervention nimmt zwar nach drei Monaten etwas ab, das Resultat bleibt allerdings hoch signifikant verbessert über ein Jahr. Bei der Patientenselektion sollte auch an unabhängige Prädiktoren für ein schlechteres funktionelles Outcome – wie z.B. fortgeschrittenes Alter oder eine Hypertonie – gedacht werden.

Im Interview mit Medical Tribune gab Prof. Diehm über die Studie Auskunft.

Interview



Prof. Nicolas Diehm
Gründer des Zentrums für Gefässmedizin Mittelland, Aarau
Foto: zVg

Prof. Diehm, was ist die wichtigste Erkenntnis aus Ihrer Studie?

Prof. Nicolas Diehm: Die endovaskuläre Behandlung der arteriell bedingten erektilen Dysfunktion hat sich im Rahmen dieses Qualitätssicherungsregisters, von welchem keine Patienten ausgeschlossen worden waren wegen Komorbiditäten, die die Wirksamkeit der Therapie einschränken könnten (z.B. Diabetes mellitus oder St. n. Prostataktomie), als wirksam bei der Mehrzahl der Patienten erwiesen.

Welche ED-Patienten kommen für eine endovaskuläre Revaskularisation infrage?

Die Wissenschaftler schliessen aber auch nicht aus, dass manchem Kranken auch der Feiertagsstress auf die Gesundheit schlägt. «Statt die Patienten möglichst schnell nach Hause zu entlassen, sollten Spitalärzte mehr Mühe darauf verwenden, die Nachbetreuung zu organisieren», lautet ihr Fazit. Andernfalls könnte es passieren, dass diese schnell als ungewollte Geschenke zurückkehren.

Die Wissenschaftler schliessen aber auch nicht aus, dass manchem

Prof. Diehm: Es kommen zunächst Patienten infrage, bei denen Obstruktionen der erektions-abhängigen Arterien bestehen und deren hämodynamische Relevanz im Rahmen einer Duplex-Sonografie gesichert ist. Weitere Untersuchungen an grösseren Patientenkollektiven werden uns helfen, die idealen Subgruppen zu definieren, die von dem Eingriff am meisten profitieren.

Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit der endovaskulären Revaskularisation im Vergleich zu PDE5i?

Prof. Diehm: Bei vielen Patienten mit einer erektilen Dysfunktion, insbesondere bei jenen mit arteriellen Zuflussproblemen, wirken PDE-5-Inhibitoren nicht oder verursachen starke Nebenwirkungen. Insofern sehe ich die PDE-5-Hemmer nicht als konkurrenzierend zum Stent-Eingriff.

Wie sieht die langfristige Prognose nach einem solchen Eingriff aus?

Prof. Diehm: Die langfristige Prognose hängt einerseits von der Offenheitsrate der Stents, andererseits auch von der Progression der Grunderkrankung ab. Studiendaten zu Offenheitsraten von beschichteten Stents in pudendalen Arterien sind aktuell noch limitiert. Im Rahmen einer Studie, bei welcher ein älterer Stent-Typ als die heute gängigen Produkte verwendet wurde, trat eine Wiederverengung der Arterie nach sechs Monaten bei etwa einem Drittel der Patienten auf. Das liegt also in einem Bereich, wie wir ihn auch bei der endovaskulären Revaskularisation von Oberschenkelarterien antreffen. Wichtig für die Patienten mit einer erektilen Dysfunktion ist, dass die verursachenden Risikofaktoren identifiziert und bestmöglich eingestellt werden, damit es nicht zu einer Progression der Atherosklerose pudendal und/oder in anderen arteriellen Provinzen kommt.

Besten Dank für das Gespräch.

Dr. Tobias Hottiger

1. Diehm N et al. J Endovasc Ther. 2019 Feb 11 [Epub ahead of print].

Zu Weihnachten entlassene Patienten haben ein höheres Sterberisiko

Voreiliges «Geschenk»

TORONTO – Über die Prognose eines Spital-Patienten entscheiden nicht nur Krankheit und Therapie, sondern auch der Zeitpunkt der Entlassung.

Patienten, die am Wochenende das Spital verlassen, sind im Schnitt jünger und gesünder als die Dagebliebenen. Für Entlassungen in der Ferienzeit scheint das nicht zu gelten: Spitalpatienten, die während der Weihnachts- und Silves-

terferien nach Hause gehen, haben ein um 1,2 % höheres Sterbe- und Wiederaufnahmerisiko als ihre Leidensgenossen. Das zeigten **Lauren Lapointe-Shaw** vom General Hospital im kanadischen Toronto und ihre Kollegen, die die Daten von insgesamt 670 000 Patienten aus insgesamt 14 Jahren analysiert hatten. Innerhalb der ersten ein bzw. zwei Wochen war solch ein Ausgang sogar noch wahrscheinlicher (1,5 bzw. 1,6 %). Pro 100 000 Entlassenen

sind dem Ferieneffekt 26 Todesfälle, 188 Wiederaufnahmen und 483 Besuche auf der Notfallstation zuzuschreiben.

Anzeichen für die Ursachen fanden sich ebenfalls in den Akten: Die Zahl der Betroffenen, die in den folgenden sieben oder vierzehn Tagen erneut einen Arzt zur Nachbetreuung sahen, lag deutlich unter der in den anderen Monaten. «Wir glauben, dass die Zeit zwischen den Jahren eine vulnerable

Periode für Patienten ist, weil die verminderte Verfügbarkeit von medizinischem Personal womöglich zu einer schlechteren Koordination der Nachbetreuung und einem schlechteren Zugang zur ambulanten Versorgung führt», schreiben die Autoren. Damit würden auch die Chancen sinken, auftretende Komplikationen frühzeitig zu erkennen.

Die Wissenschaftler schliessen aber auch nicht aus, dass manchem

Lapointe-Shaw L et al. BMJ 2018; 363: k4481.