



Eine Antwort auf Ihre Fragen ... **Sexuelle Funktionsstörungen (sFS) bei Prostataerkrankungen und deren Behandlung**

? Welche sexuellen Funktionsstörungen (sFS) gibt es?

Man unterscheidet bei sexuellen Funktionsstörungen des Mannes zwischen Erektionsstörungen (unzureichende oder stark verkürzte Gliedsteife beim Geschlechtsverkehr, auch Impotenz oder erektile Dysfunktion genannt), Ejakulationsstörungen (vorzeitiger, verzögerter, fehlender oder rückwärtiger Samenerguss), Orgasmusstörungen (Störungen des Erlebnisses des Höhepunkts), Libidostörungen (Störungen des sexuellen Verlangens, fehlende Lust) und Infertilität (Unfruchtbarkeit des Mannes).

? Was ist die Prostata und welche Funktionen hat sie?

Die Prostata, die auch Vorsteherdrüse genannt wird, ist eine männliche Geschlechtsdrüse, die einen Teil (etwa 30 %) der Samenflüssigkeit produziert. Diese wird beim Samenerguss den Spermien aus den Hoden beigemischt. In der Prostataflüssigkeit sind Stoffe, die für die Beweglichkeit der Spermien und ihre Befruchtungsfähigkeit von Bedeutung sind. Die Prostata liegt unterhalb der Harnblase und umgibt die Harnröhre, die in diesem Anteil „prostatistische Harnröhre“ genannt wird. Beim jungen Mann ist die Prostata zirka 15 bis 20 Gramm schwer und ungefähr so groß wie eine Kastanie. Im Alter kommt es häufig zu einer gutartigen Prostatavergrößerung (BPH – Benigne Prostatahyperplasie).

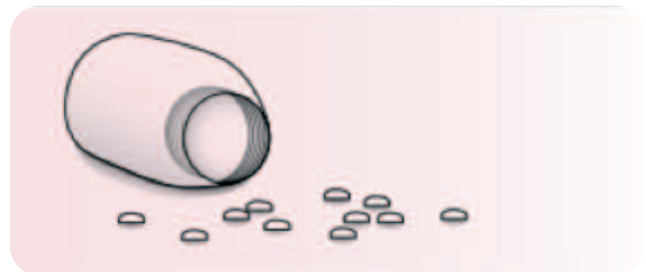
? Welche Erkrankungen der Prostata gibt es und wie sind ihre Auswirkungen auf die Sexualfunktionen?

Man unterscheidet zwischen entzündlichen Erkrankungen der Prostata (zum Beispiel Prostatitis), gutartigen Veränderungen der Prostata (wie zum Beispiel der einfachen Vergrößerung) und bösartigen Veränderungen der Prostata (Prostatakrebs bzw. Prostatakarzinom). Bei den Entzündungen der Prostata (Prostatitis) wird heute üblicherweise zwischen drei verschiedenen Formen unterschieden:

1. akute oder chronische bakterielle Prostatitis
2. chronische nicht-bakterielle Prostatitis (Entzündung ohne Beteiligung von Bakterien)

3. Prostatodynie, das heißt prostatitische Beschwerden ohne Nachweis von Bakterien oder einer Entzündung in der Drüse.

Entzündungen der Prostata treten vor allem bei jüngeren Männern auf. Die akute Entzündung ist von erheblichen Prostataschmerzen, Fieber, Wasserlassbeschwerden und allgemeinem Krankheitsgefühl begleitet. Bei der chronischen Entzündung stehen eher ziehende oder dumpfe Schmerzen in der Region zwischen After und Hodensack im Vordergrund. Sexuelle Funktionsstörungen bei akuter oder chronischer Prostatitis sind häufig. In einigen Fällen kommt es als Folge der Entzündung zu winzigen Schleimhauteinblutungen, die das Ejakulat rötlich oder bräunlich verfärben. Dies nennt man Hämatospermie (= Blutbeimengung im Ejakulat). Durch die Entzündung kommt es häufig zu Störungen des Samenergusses, des Weiteren können durch auftretende Schmerzen die Lust auf Sexualität und zum Teil auch die Fähigkeit, ein steifes Glied zu bekommen, beeinträchtigt sein.



Bei der medikamentösen Therapie einer gutartigen Prostatavergrößerung kommen verschiedene Präparate zum Einsatz.

Die gutartige Prostatavergrößerung (BPH) ist eine der häufigsten Erkrankungen bei älteren Männern. Während bei den 50-Jährigen erst ungefähr die Hälfte aller Männer betroffen ist, sind es bei 60-Jährigen schon ca. 70 % und bei 80-Jährigen nahezu 90 % aller Männer, die eine gutartige Prostatavergrößerung aufweisen. Es handelt sich um ein gutartiges Wachstum des inneren Bereichs der Drüse, der um die Harnröhre herum liegt. Hierdurch entsteht meist eine Einengung der Harnröhre mit entsprechenden Beschwerden beim Wasserlassen und abgeschwächtem Harnstrahl. Im weiteren Verlauf kommt es dann zu einer Zunahme der Harnblasen-



muskulatur, weil die Blase gegen den erhöhten Widerstand (durch die eingeengte Harnröhre) einen ausreichenden Druck erzeugen muss. Dies führt zu einer vermehrten Harnblasenaktivität mit gehäuften Harnblasenentleerungen, die insbesondere nachts (Nykturie) sehr störend sein können. Letztendlich kann die Verengung der Harnröhre durch die Prostata so stark werden, dass es zu einem akuten Harnverhalt (Harnsperre) kommt.

Auch wenn kein ursächlicher Zusammenhang zwischen Prostatavergrößerung und Erektionsstörungen angenommen wird, fällt doch auf, dass jüngere Männer mit gutartiger Prostatavergrößerung überdurchschnittlich häufig an Erektionsstörungen leiden. Das Prostatakarzinom (Prostatakrebs) ist heute der häufigste bösartige Tumor des Mannes. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, ein Prostatakarzinom zu entwickeln.

Bei Männern, die jünger als 40 Jahre sind, tritt Prostatakrebs nur extrem selten auf. Das Prostatakarzinom entsteht üblicherweise im äußeren Bereich der Drüse, das heißt im Randbereich. Oft macht es über lange Zeit keine oder nur geringe Beschwerden. Erst im Spätstadium beim Vorliegen von Metastasen (Absiedlungen) in Lymphknoten oder Knochen treten Beschwerden, wie zum Beispiel Schmerzen oder starker Gewichtsverlust, auf. Es sind bisher nur wenige Risikofaktoren bekannt. Eine fettreiche Ernährung (vor allem tierische Fette) gehört dazu. In vielen Fällen wird auch eine familiäre Häufung beobachtet. Ein vorhandenes Prostatakarzinom verursacht in aller Regel selbst zunächst keine sexuellen Funktionsstörungen. Erst im fortgeschrittenen Stadium können Erektionsstörungen und Ejakulationsstörungen auftreten.

? Welche medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Im Zusammenhang mit entzündlichen Veränderungen der Prostata spielt vor allem eine antibiotische Behandlung eine große Rolle. In der Regel ist eine Langzeitbehandlung von bis zu 6 Wochen notwendig, um eine vollständige Ausheilung herbeizuführen. Zusätzlich werden antientzündliche Medikamente eingesetzt, um die Beschwerden zu lindern. Daneben kann insbesondere bei nicht bakteriell bedingten Entzündungen (Prostatodynie) eine medikamentöse Behandlung sinnvoll sein. Zur medikamentösen Therapie der gutartigen Prostatavergrößerung werden zum einen Präparate eingesetzt, die die

Beschwerden beim Wasserlassen beeinflussen, zum anderen gibt es Medikamente, die zu einer Verkleinerung der Prostata führen.

Die wesentliche Rolle in der Behandlung der gutartigen Prostatavergrößerung kommt den Alpha-Blockern zu, die durch ihren Einfluss auf den Blasenhalss und die Harnblasenmuskulatur das Wasserlassen erleichtern. Als unerwünschte Nebenwirkung kann eine retrograde (rückwärtige) Ejakulation auftreten, da der Schließmuskel der Harnblase dann beim Samenerguss offen bleibt und die Samenflüssigkeit so in die Harnblase statt nach außen gelangt. Durch 5-Alpha-Reduktase-Hemmer kann bei vielen Patienten nach mehr als 6-monatiger Anwendung eine Größenabnahme der Prostata erreicht werden. Die entsprechenden Wirkstoffe heißen Finasterid und Dutasterid. Bei zirka 30 % der Patienten treten nach einer längeren Behandlungsdauer Ejakulations- oder Erektionsstörungen durch 5-Alpha-Reduktase-Hemmer auf.

Bei der medikamentösen Behandlung beim Prostatakrebs stehen vor allem antihormonell wirksame Medikamente im Vordergrund, da Prostatakarzinome in aller Regel abhängig vom männlichen Geschlechtshormon Testosteron wachsen. Die so genannten GnRH-Analoga senken das männliche Geschlechtshormon Testosteron ab. Man spricht auch von einer „chemischen Kastration“. Einen ähnlichen Effekt kann man auch durch den Einsatz von sogenannten „steroidalen Antiandrogenen“ erzielen. Bei beiden Verfahren kommt es zu Nebenwirkungen. Bei den GnRH-Analoga treten bei Langzeitanwendung als häufigste Nebenwirkungen Hitzewallungen, Müdigkeit, Libidoverlust, Impotenz sowie Knochen- und Muskelschwund auf. Bei alleiniger Gabe von so genannten „nicht steroidalen Antiandrogenen“ bleibt einigen Patienten die Erektionsfähigkeit erhalten und die Libido ist oft weniger beeinträchtigt. Häufigste Nebenwirkung sind hier Brustdrüsenvergrößerung und schmerzhafte Brustdrüsenvergrößerungen (Gynäkomastie).

? Welche verschiedenen Arten von Prostata-Operationen gibt es?

Man unterscheidet grundsätzlich zwischen offenen Operationsverfahren und endoskopischen Methoden. Bei den endoskopischen Verfahren wird mit dünnen Instrumenten durch die Harnröhre operiert. Das klassische Verfahren zur Behandlung der gutartigen Prostatavergrößerung ist die transure-

thrale Elektresektion (TUR-Prostata), bei der die Prostata von innen ausgehöhlt wird. Diese Operation wird auch „Prostatahobelung“ oder „Prostataausschabung“ genannt. Zu dieser „klassischen“ Operationsmethode gibt es eine Vielzahl technischer Varianten, bei denen das überschüssige Prostatagewebe durch Hitze, Laserstrahlen, Kälte, Mikrowellen oder gezielten Ultraschall beseitigt wird. Bisher konnte keines der Alternativverfahren gleich gute Langzeitergebnisse wie die „Prostataausschabung“ erzielen.

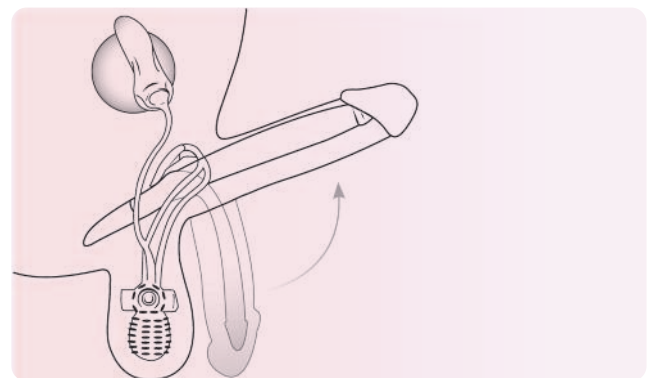
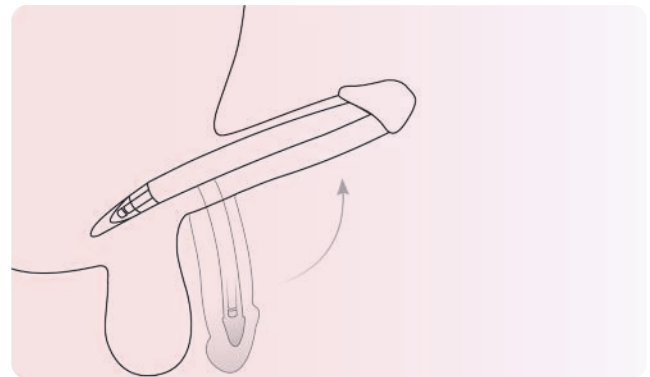
Bei einer sehr stark vergrößerten Prostata (mehr als 100 g) kann es notwendig sein, eine offene Operationstechnik anzuwenden. Hierbei wird das überschüssige Prostatagewebe über einen Schnitt im Unterbauch entfernt. Für das Prostatakarzinom ist die komplette Entfernung der Prostata und der dazugehörigen Lymphknoten die Standardoperation. Als Zugang wird meist ein mittlerer Unterbauchschnitt gewählt (retropubischer Zugang). Wenn unter bestimmten Umständen die Lymphknoten-Entfernung nicht notwendig ist (kleiner Tumor im Frühstadium, niedriger PSA-Wert, geringer Malignitätsgrad) kann die Prostata auch über einen Dammschnitt, zwischen After und Hoden, entfernt werden (perinealer Zugang).

In einigen Zentren wird die komplette Prostataentfernung inzwischen auch laparoskopisch („Schlüsselloch-Chirurgie“) durchgeführt. Je nach Ausdehnung des Tumors kann unter Umständen eine ein- oder beidseitige nervenschonende Operation vorgenommen werden. Hierbei werden bewusst die feinen Nerven und Blutgefäße geschont, die unmittelbar seitlich an der Prostata entlang ziehen und für die Erektionsfähigkeit von entscheidender Bedeutung sind.

? „Gutartige Prostatavergrößerung“ – Welche sFS können nach der operativen Behandlung auftreten?

Nach der „Prostataausschabung“ sind Ejakulationsstörungen die Regel (mehr als 50 %). Durch die damit verbundene Entfernung des inneren Schließmuskels der Harnblase kommt es bei vielen Patienten zu einer rückwärtigen (retrograden) Ejakulation, das heißt, die Samenflüssigkeit gelangt nicht mehr nach außen, sondern in die Harnblase und vermischt sich dort mit dem Urin. Auch nach der Entfernung des überschüssigen Gewebes über einen Unterbauchschnitt ist dies fast immer der Fall. Daher ist die Mehrzahl der Patienten nach diesen Eingriffen zwar nicht mehr zeugungsfähig, der Orgas-

mus kann aber trotzdem von fast allen Patienten wie früher erlebt werden. Erektionsstörungen nach der „Prostataausschabung“ können bei ca. 5 bis 25 % der Patienten vorkommen. Man vermutet, dass durch den Hochfrequenzstrom, der bei der „Prostataausschabung“ verwendet wird, die feinen Nerven, die die Prostata umgeben, vorübergehend oder in seltenen Fällen auch dauerhaft geschädigt werden. Wichtige Einflussfaktoren sind das Alter des Patienten und die Erektionsfähigkeit vor der Operation. Bis zu 10 % der Patienten berichten nach einer „Prostataausschabung“ auch über eine Verbesserung der Sexualfunktionen.



Um nach einer Prostata-Operation wieder zur Erektionsfähigkeit zu gelangen, können dem Patienten u.a. ein biegsames (Abb. o.) oder ein hydraulisches Penisimplantat (Abb. u.) angeboten werden.

? „Bösartige Prostataveränderung“ – Welche sFS können nach der operativen Behandlung auftreten?

Nach der kompletten Prostataentfernung findet kein Samen-erguss mehr statt, weil die dafür notwendige Drüse nicht mehr vorhanden ist. Daher sind auch alle Patienten zeugungsunfähig. Einen Orgasmus können jedoch die meisten Patienten nach Abschluss der Wundheilung wieder erleben.



Die Lust zu sexueller Aktivität ist durch eine so einschneidende Operation häufig nachhaltig gestört und spielt für das Paar oft erst nach vollständiger Wiederherstellung der Gesundheit wieder eine Rolle. Ein wesentliches Problem stellt die Impotenz nach kompletter Entfernung der Prostata dar. Wenn bei der Operation keine gezielte Schonung der Nerven erfolgt, liegt das Risiko von Potenzstörungen nach dem Eingriff bei 90 bis 95 %. Bei beidseitiger Nerven schonender Operationstechnik erlangen ca. 25 % aller Patienten in den ersten 6 Monaten nach der Operation ohne zusätzliche Maßnahmen wieder eine ausreichende spontane Erektionsfähigkeit. Können die Nerv- und Gefäß-Strukturen nur auf einer Seite der Prostata geschont werden, ist das Ergebnis noch schlechter. Einen wesentlichen Einfluss auf das Risiko für Erektionsstörungen nach der Operation haben das Alter des Patienten und seine Erektionsfähigkeit vor der Operation. Je jünger der Patient ist und je besser seine Erektionsfähigkeit vor der Operation war, desto günstiger sind die Chancen für einen Potenserhalt.

? Wie kann das Auftreten von sFS möglichst vermieden werden?

Eine wesentliche Voraussetzung hierfür ist die Früherkennung des Prostatakarzinoms. Je früher der Tumor entdeckt wird, desto eher ist eine beidseitige Nerven schonende Operation möglich. Jeder Mann ab dem 45. Lebensjahr sollte jährlich einmal eine Vorsorgeuntersuchung beim Urologen durchführen lassen. Heute kann man mit einem Bluttest (PSA-Bestimmung) relativ zuverlässig feststellen, ob weitere Untersuchungen notwendig sind oder nicht. Die Abtastung der Prostata ist nach wie vor eine wichtige und sinnvolle Zusatzuntersuchung. Da bei fortgeschrittenen Karzinomen aus Gründen der vollständigen Tumorentfernung die Nerven um die Prostata herum mit entfernt werden müssen, forscht man intensiv daran, einen Weg zu finden, diese entfernten Nerven wieder zu ersetzen, um die Potenz zu erhalten.

? Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Grundsätzlich stehen alle Methoden zur Behandlung der erektilen Dysfunktion auch den Patienten nach kompletter Entfernung der Prostata zur Verfügung. Eine wesentliche Erkenntnis ist die Tatsache, dass ein längerfristiges Ausbleiben

von Erektionen Muskeln und Gefäße im Penis, welche für die Potenz verantwortlich sind, unwiederbringlich verändern kann. Deshalb gilt heute die Empfehlung, mit der Behandlung zur Wiederherstellung von Erektionen nach einer kompletten Entfernung der Prostata nach 4 bis 6 Wochen zu beginnen. Konnten Nerven und Gefäße teilweise oder vollständig erhalten werden, sollte zunächst, wenn es die gesundheitliche Situation des Patienten zulässt, immer ein Versuch mit Phosphodiesterase-5-Hemmern (Sildenafil, Tadalafil oder Vardenafil) gemacht werden. In einigen Studien zeigte eine regelmäßige Einnahme über mehrere Monate eine dauerhafte Verbesserung der Erektionsfähigkeit. In anderen Untersuchungen wurden die Medikamente nur im Bedarfsfall genommen. Hier kann noch keine endgültige Aussage über das optimale Behandlungsschema getroffen werden.

Da die Erholung von Nervenfasern bis zu 18 Monate dauern kann, kann es in dieser Zeitspanne noch zu einer Verbesserung der spontanen Erektionsfähigkeit kommen. Falls die Wirkung der Tabletten nicht ausreicht, sollte alternativ eine intrakavernöse Pharmakotherapie mit Alprostadil (SKAT) durchgeführt werden. Hierbei werden die gefäß- und muskelerweiternden Substanzen mit einer sehr feinen Nadel direkt in den Schwellkörper gespritzt. Viele Urologen bevorzugen primär die Schwellkörperinjektionen, da hierdurch auch bei einer Nervendurchtrennung zuverlässige Erektionen zu erzielen sind. Alternativ kann auch ein Vakuumpumpensystem eingesetzt werden. Für Patienten, bei denen diese Methoden definitiv nicht ausreichend wirken, kann ein biegbares oder hydraulisches Penisimplantat angeboten werden. Zu allen Behandlungsformen sind weitere Infoblätter beim ISG erhältlich.

Sexualität ist ein spannendes Thema ...

... vor allem, wenn wir sie unter dem Aspekt der Gesundheit betrachten. Unsere Zeitschrift „Liebe hält gesund“ ist der beste Beweis dafür. Wie alle Informationsmaterialien des Vereins richtet sie sich an interessierte Laien, die in die tieferen Geheimnisse der gesunden Sexualität eindringen möchten. Als Mitglied (Jahresbeitrag 25,- €) erhalten Sie die Zeitschrift kostenlos und unterstützen durch Ihren Beitritt außerdem aktiv unsere Bemühungen, Menschen mit sexuellen Problemen zu helfen. Rufen Sie uns an, treten Sie bei!