



Eine Antwort auf Ihre Fragen ... Induratio penis plastica (IPP)

? Was ist die Induratio penis plastica?

Die Induratio penis plastica (IPP) ist eine Erkrankung des Penis, bei der sich im Bereich der Schwellkörperaußenhülle (Tunica albuginea) meist bindegewebige und ggf. auch verkalkende Knoten (Plaques) bilden können. Diese können dann bei einer Erektion zu Einziehungen des Penis und/oder unterschiedlich ausgeprägten Penisverkrümmungen (Deviationen), die meist nach oben, seltener zur Seite und ganz selten nach unten zeigen, führen. Bei jedem dritten Patienten tritt im Laufe der Erkrankung eine Erektionsstörung auf.

Im angloamerikanischen Sprachraum und der heute überwiegend englischsprachigen Fachliteratur heißt die Erkrankung nach ihrem wissenschaftlichen Erstbeschreiber (François Gigot de la Peyronie [1678-1747]) Morbus Peyronie oder Peyronie's disease. Abzugrenzen ist die IPP von den angeborenen (kongenitalen) Penisverkrümmungen, die vor allem bei jungen Männern festgestellt werden. Diese verlaufen ohne Plaquerbildung und führen bei Erektion meist zu einer Penisverkrümmung nach unten, seltener zur Seite und ganz selten nach oben. Die Häufigkeit der angeborenen Peniskurvatur ist mit < 1 % selten.

? Wie häufig tritt die Erkrankung auf?

Über die Häufigkeit der IPP liegen in der wissenschaftlichen Literatur unterschiedliche Angaben vor. Die Angaben schwanken von 0,4 % bis zu fast 9 % aller Männer. Am häufigsten tritt die Erkrankung bei Männern zwischen dem 55. und 60. Lebensjahr auf. Ein gehäuftes Auftreten der IPP wird bei Männern mit anderen bindegewebigen Narbenbildungen z. B. an den Fingersehenscheiden der Handinnenflächen (Morbus Dupuytren) oder seltener an der Fußsohle beobachtet. Bekannte Risikofaktoren für die IPP sind: Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, ischämische Kardiomyopathie, Erektionsstörungen, Rauchen und ein überhöhter Alkoholkonsum.

? Welches sind die typischen Symptome?

Zu Beginn der Erkrankung bemerken die Patienten meist eine knotige Verhärtung im Bereich des Penisschaftes, die vor allem bei einer Erektion Schmerzen verursachen kann. Bei einigen Patienten sind die Schmerzen anfänglich auch im Ruhezustand

vorhanden. Teilweise wird als Erstsymptom eine Penisverkrümmung festgestellt. Bei ca. 30 % aller Patienten kommt zusätzlich zu der Penisverkrümmung noch eine erektile Dysfunktion (Erektionsstörung) hinzu. Diese kann in einigen Fällen sehr ausgeprägt sein. Viele Männer sind durch die Induratio penis plastica erheblich beeinträchtigt. Laut Standard-Fragenbögen zur Erfassung von depressiven Symptomen erfüllen bis zu 48 % aller Patienten mit IPP die Voraussetzungen einer leichten bis moderaten Depression.

? Wodurch entsteht diese Erkrankung?

Obwohl die Erkrankung seit mehr als 300 Jahren bekannt ist, sind ihre genauen Ursachen bis heute nicht geklärt. Als wahrscheinlichste Ursache gilt eine initiale Verletzung (Trauma) oder auch mehrfache Mikroverletzungen im Bereich der Schwellkörperaußenhülle (Tunica albuginea). Es kommt dann anschließend aus bisher nicht bekannter Ursache im Rahmen der eigentlich notwendigen Reparaturvorgänge zu einer überschießenden und ungehemmten Bindegewebsbildung (Plaquer). Die deutlich höhere Festigkeit bzw. fehlende Elastizität dieses Bindegewebes führt dann zu einer entsprechenden Verkrümmung bei der Erektion.

? Wie ist der natürliche Verlauf der Erkrankung?

Üblicherweise können zwei Phasen der Erkrankung unterschieden werden: Zuerst findet die akute, entzündliche Phase der IPP statt. Hier sind oft Schmerzen in Ruhe und bei Erektionen vorhanden. Meist beginnt hier auch die Penisverkrümmung. In der zweiten Phase (= fibrotische, chronische Phase) kommt es zu einer Stabilisierung mit Stillstand der Entzündung und Fibrosierung bzw. teilweise auch Verkalkung des Plaques. Die Peniskurvatur ändert sich dann nicht mehr. Bei 30 – 50 % aller Patienten kommt es im Verlauf zu einer Verschlechterung der Peniskurvatur, bei 47 – 67 % findet keine weitere Veränderung mehr statt. Spontane Besserungen sind nur bei 3 – 13 % aller Männer mit IPP beschrieben. Die bei fast 50 % aller IPP-Patienten anfänglich vorhandene Schmerzsymptomatik lässt innerhalb von 12 Monaten bei 90 % aller Patienten nach.

Eine maligne Entartung, d. h. die Entstehung eines bösartigen Tumors (Krebs), wurde bisher im Zusammenhang mit einer Induratio penis plastica noch nie beobachtet!



? Welche medikamentösen Therapieansätze gibt es?

Da die Ursache der Erkrankung letztendlich ungeklärt ist, gibt es auch keine ursächliche Behandlung. Es gibt eine Vielzahl von Substanzen, die zur Behandlung der IPP eingesetzt werden. Teilweise werden die Präparate in Tablettenform gegeben, teilweise erfolgt die Gabe als Injektion in und um die Verhärtung (= intraläsional). Zum Teil werden Substanzen auch topisch, d. h. von außen, angewendet. Bei der Behandlung in Tablettenform spielt Kalium-Paraaminobenzoat (Potaba®) eine wesentliche Rolle. Es konnte in einigen Studien einen Rückgang der Schmerzsymptomatik und eine Verhinderung der weiteren Zunahme der Penisverkrümmung zeigen. Das Medikament zeichnet sich allerdings durch eine schlechte Verträglichkeit aus. Die Gabe von hochdosiertem Vitamin E oder dem Anti-Östrogen Tamoxifen wird wegen fehlender Effektivität und potentiell gefährlichen Nebenwirkungen von den aktuellen Leitlinien (Europäische Urologenvereinigung = EAU) nicht mehr empfohlen.

Der Nutzen der oralen Einnahme von L-Carnitin, Pentoxifyllin und Cholechicin ist auch fraglich. Bei der intraläsionalen Injektion von 2 Kollagenasen aus *Clostridium histolyticum* [Xiapex®] handelt es sich um die einzige sowohl von der amerikanischen (FDA) als auch der europäischen (EMA) Gesundheitsbehörde zugelassenen Substanz. Zusätzlich zu den mehrfachen Injektionen ist ein regelmäßiges Modellieren des Penis entgegen der bestehenden Verkrümmung notwendig. So kann in 50 % aller Fälle eine durchschnittliche Abnahme der Verkrümmung um 30° erreicht werden. Lokale Nebenwirkungen (= Blutergüsse, Schwellungen, Schmerzen) sind häufig. Schwerwiegende Nebenwirkungen wie eine Penisfraktur (= Riss der Tunica albuginea) sind dagegen äußerst selten. Für die Injektion von anderen Substanzen wie z. B. Kortison, Verapamil oder Interferon liegen bisher nur unzureichende Daten für eine grundsätzliche Empfehlung vor.

? Was kann durch eine lokale Stoßwellenbehandlung (ESWT) bzw. Strahlentherapie oder die Verwendung von Penis-Streck-Apparaten erreicht werden?

Der exakte Wirkungsmechanismus der extrakorporalen Stoßwellentherapie bei der IPP ist nicht geklärt. Wissenschaftliche Studien konnten bisher nur eine Reduktion der Schmerzsymptomatik, aber keine Verbesserung der Peniskurvatur zeigen. Daher wird die ESWT von den aktuellen Leitlinien auch nur zur möglichen Verbesserung der Schmerzen empfohlen.

Die Strahlentherapie bei der IPP hat keine überzeugenden Behandlungserfolge vorweisen können. Sie wird daher nicht mehr empfohlen. Mit Penisstreck-Apparaten und Vakuumpumpen können bei sehr häufiger und regelmäßiger Anwendung Verbesserungen der Peniskurvatur und ein gewisser Längenzuwachs des Penis erreicht werden. Dies kommt aber sicher nur für sehr motivierte Patienten in Frage.

? Welche operativen Behandlungsverfahren gibt es?

Voraussetzung für eine operative Korrektur bei der IPP ist ein mindestens 6-monatiger Stillstand der Erkrankung, d. h. keine weitere Zu- oder Abnahme der Penisverkrümmung. Man unterscheidet grundsätzlich zwei verschiedene Operationsverfahren. Bei der ersten Variante wird auf der gesunden Gegenseite eine Verkürzung vorgenommen. Dies kann entweder durch nicht-resorbierbare Nähte oder eine oder mehrere Keilexzisionen erfolgen. Nachteil dieser Methode ist eine relative Penisverkürzung. Beim zweiten Verfahren wird die Verhärtung im Schwellkörper eingeschnitten oder entfernt und der entstandene Defekt mit Fremd- oder Eigengewebe gedeckt.

Bei diesen Methoden ist die Komplikationsrate höher als bei einer alleinigen Begradigungsoperation. Sie sollten grundsätzlich nur in ausgewiesenen Zentren durchgeführt werden. Die geltenden Leitlinien der Europäischen Urologenvereinigung (EAU) empfehlen bei einer Penisverkrümmung von weniger als 60° die erste Variante, bei einer Krümmung von mehr als 60° sollte die zweite Variante angewendet werden. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer IPP und einer ausgeprägten Erektionsstörung ist die Implantation eines semirigiden oder besser hydraulischen Penisimplantats die Methode der Wahl. Hierdurch kann sowohl die Penisverkrümmung als auch die Erektionsstörung erfolgreich behandelt werden.

Sexualität ist ein spannendes Thema ...

...vor allem, wenn wir sie unter dem Aspekt der Gesundheit betrachten. Alle Informationsmaterialien des Vereins richten sich an Interessierte und Betroffene. Als Mitglied (Jahresbeitrag 25,00 €) erhalten Sie unsere Informationsmaterialien kostenlos und unterstützen durch Ihren Beitritt außerdem aktiv unsere Bemühungen, Menschen mit sexuellen Problemen zu helfen. Rufen Sie uns an, treten Sie bei!

Alle Informationen finden Sie unter www.isg-info.de