

Erectiele dysfunctie vergt diepgaande diagnose en multidisciplinaire aanpak

dr. Pieter D'hulst dienst Urologie

dr. Anais De Landtsheer dienst Endocrinologie

An-Sofie De Boi dienst Klinische psychologie



▲ v.l.n.r. dr. Pieter D'hulst, dr. Anais De Landtsheer, An-Sofie De Boi (klinisch psycholoog – seksuoloog)

Erectiele dysfunctie (ED) komt voor bij mannen van elke leeftijd en is meer dan alleen een lichamelijk probleem. Het is vaak een complexe combinatie van biologische, psychologische en sociale elementen die ED veroorzaakt en in stand houdt. Deze aandoening vereist dan ook een grondige diagnose en een multidisciplinaire aanpak.

Verschillende oorzaken

Erectiele dysfunctie is een veelvoorkomende aandoening bij mannen tussen de 50 en 75 jaar en de incidentie ervan stijgt met de leeftijd. Men kan de oorzaken onderverdelen in zes categorieën, waarbij elke categorie afzonderlijk tot ED kan leiden. Echter, in de meeste gevallen is de onderliggende etiologie multifactorieel. Bij 50 tot 80 % van de patiënten is er initieel een organische oorzaak, maar komt er na verloop van tijd vaak een reactieve psychogene factor bij. Dit kan een versterkend en schadelijk effect hebben.

1. Psychogene ED

Een goede erectie is afhankelijk van allerlei sensorische en mentale stimuli. Een man zonder erectiestoornis zal bij seksueel opwindende stimuli een positieve emotionele respons ervaren, wat leidt tot het vertrouwen dat hij seksueel performant is. Verschillende individueel-psychologische factoren kunnen echter een rol spelen bij erectieproblemen en subjectieve opwindingsproblemen. Faalangst, prestatiedrang en onzekerheid over erectieverlies kunnen

een negatieve impact hebben op de seksuele ervaring, aangezien deze factoren de druk om een erectie te krijgen of te behouden verhogen.

Angst, een van de meest prominente belemmeringen in de opwindingscyclus, kan het vermogen om opgewonden te raken beïnvloeden en de aandacht verschuiven naar een negatieve zelfevaluatie. Zo zal een man die vreest geen erectie te kunnen krijgen problemen ondervinden om seksueel opgewonden te raken. Hij zal niet in staat zijn seksuele prikkels adequaat te verwerken. Zelfs stimulerende gedachten, geluiden en beelden kunnen hun effect verliezen als iemand afgeleid, niet betrokken of bevooroordeeld is, aangezien het verwerken en interpreteren van deze stimuli vereist dat de geest actief betrokken is.

Ook kunnen individuele overtuigingen over seksualiteit, vaak gevormd door opvoeding en persoonlijke leerervaringen, erectieproblemen beïnvloeden. Denk bijvoorbeeld aan de misvatting dat een man altijd in staat moet zijn een erectie te krijgen, of dat 'echte bevrediging' alleen kan via geslachtsgemeenschap.

2. Vasculaire ED

Vasculaire ED kan ontstaan door arteriële of veneuze insufficiëntie van de peniele vasculatuur. Dit laatste kan verschillende oorzaken hebben, maar is vaak het gevolg van onvoldoende relaxatie van de gladde spiercellen ten gevolge van diabetes mellitus.

Bij patiënten met vasculaire ED moet men rekening houden met een hoger risico op cardiovasculaire aandoeningen zoals een acuut myocardinfarct, CVA of vroegtijdige cardiovasculaire sterfte. Daarom dient ED beschouwd te worden als een waarschuwingssignaal voor mogelijk onderliggend atherosclerotisch vaatlijden. Het is van cruciaal belang om het cardiovasculaire risicoprofiel van patiënten met ED te evalueren en, indien nodig, een passende behandeling te starten. Een verwijzing naar een cardioloog voor verdere evaluatie van potentieel coronair lijden is dan sterk aanbevolen.

3. Neurogene ED

ED kan ook voorkomen door neurologische aantasting. Dit kan op zowel centraal als perifere niveau zijn. Perifere polyneuropathie is typerend voor patiënten met diabetes mellitus. Na heelkunde, radiotherapie of een trauma ter hoogte van de pelvis of het retroperitoneum kan zowel vasculaire en/ of neurogene schade de oorzaak van ED zijn.

4. Anatomische ED

ED kan ook het gevolg zijn van anatomische of structurele afwijkingen van de externe genitalia, zoals bij de ziekte van Peyronie, fimosis of bij tumoren van de externe genitalia.

5. Endocriene ED

In minder vaak voorkomende gevallen kan ED de eerste of zelfs de enige aanwijzing zijn van hypogonadisme. Om deze mogelijkheid uit te sluiten, is een nuchtere meting van testosteron noodzakelijk. Gezien de brede aard van de diagnose van hypogonadisme, is aanvullend onderzoek vereist.

6. Medicamenteus geïnduceerde ED

Medicamenteus geïnduceerde ED is een laatste maar daarom niet minder belangrijke oorzaak van ED. Medicatie kan een nefaste invloed uitoefenen op de verschillende niveaus in het fysiologisch proces van een erectie. De meest frequente medicatie die leidt tot ED, zijn vanzelfsprekend anti-androgenen, maar ook niet-cardioselectieve bètablokkers, thiazide diuretica, SSRI, TCA en antipsychotica. ACE inhibitoren zouden een neutraal effect hebben, alfablokkers en sartanen zouden dan weer een protectief effect hebben. In de klinische praktijk kan het een uitdaging zijn om vast te stellen of een specifiek geneesmiddel de oorzaak is van ED. Desondanks is het waardevol om, indien mogelijk, het gebruik ervan te onderbreken of een alternatief geneesmiddel te overwegen.

Grondige diagnostiek essentieel

Gezien de complexe fysiologie achter het tot stand komen van een erectie en de multifactoriële oorzaken van ED, is een grondige diagnostiek essentieel. In een notendop omvat dit proces een uitgebreide anamnese, met specifieke aandacht voor de psychosociale status van de patiënt, een nauwkeurige controle van de medicatie, een evaluatie van het cardiovasculair risicoprofiel, klinisch onderzoek en een nuchtere bloedafname 's ochtends. Zowel testosteron, SHBG (*Sex Hormone Binding Globuline*), glucose, HbA1c, als een volledig lipidenprofiel dient bepaald te worden in de biochemische screening (zie Fig.1.).

Behandelingsmogelijkheden

Er zijn verschillende effectieve behandelingsmogelijkheden voor mannen die met ED kampen.

1. Medicamenteuze behandeling

Een van de meest bekende en effectieve behandelingen voor ED is medicatie, met name sildenafil (Viagra), tadalafil (Cialis), vardenafil (Levitra) of avanafil (Spedra). Deze medicijnen behoren tot de klasse van de fosfodiësteraseremmers (PDE5-inhibitoren) en werken door het ontspannen van de spieren en het vergroten van de bloedstroom naar de penis. Zo wordt het gemakkelijker om een erectie te krijgen en te behouden.

Ze werken door het enzym fosfodiësterase type 5 dat verantwoordelijk is voor het afbreken van cyclisch guanosinemonofosfaat (cGMP), te blokkeren. Heel belangrijk om te weten is dus dat het gebruik van PDE5-remmers seksuele stimulatie vereist om stikstofoxide te doen vrijkomen en de natuurlijke erectiemechanismen in gang te zetten.

De voornaamste verschillen tussen deze PDE5-remmers liggen in hun farmacokinetische eigenschappen, zoals de snelheid van werking, werkingsduur, en metabolisering in het lichaam. Zo heeft tadalafil een langere werkingsduur, wat het geschikt kan maken voor mensen die een langere periode van spontane seksuele activiteit wensen. Avanafil daarentegen staat bekend om zijn snelle werking, en kan daarom aantrekkelijk zijn voor mensen die een sneller effect zoeken.

2. Intracaverneuze injecties en intra-urethrale medicatie

Voor mannen bij wie orale medicatie niet effectief is, kunnen injecties in de corpora cavernosa van de penis met producten zoals alprostadil worden overwogen. Deze medicijnen stimuleren de bloedtoevoer naar de penis, wat resulteert in een erectie. Een alternatieve optie is intra-urethrale medicatie, waarbij alprostadil in de plasbuis wordt ingebracht. Beide methoden vereisen duidelijke instructie en begeleiding van een arts of expertverpleegkundige.

3. Vacuümpompen

Een vacuümpomp over de penis plaatsen, bevordert een erectie. Door een vacuüm rond de penis te creëren, stroomt er bloed naar de penis en ontstaat een erectie. Nadat de erectie is bereikt, wordt een penisring gebruikt om de bloedstroom te behouden. Hoewel dit een niet-invasieve behandelingsoptie

Fig. 1. Minimale diagnostische evaluatie van een patiënt met ED ▼

Medische en psychosociale voorgeschiedenis	<ul style="list-style-type: none"> vraag naar andere seksuele problemen identificeer frequente oorzaken van ED identificeer risicofactoren van ED beoordeel psychosociale situatie
Klinisch onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> structurele afwijkingen thv de penis en prostaat tekenen van hypogonadisme cardiovasculair nazicht neurologisch nazicht
Biochemisch onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> glucose, HbA1c lipiden testosteron (inclusief SHBG voor bepaling vrij testosteron) NUCHTER en OCHTEND

is, kan het enige oefening en tijd vergen om het apparaat op een comfortabele manier te gebruiken.

4. Erectieprothese

Een erectieprothese of peniel implantaat is een hulpmiddel om een kunstmatige erectie te creëren bij mannen met ernstige erectiele dysfunctie (ED). Er zijn verschillende soorten erectieprothesen, maar de twee meest voorkomende types zijn opblaasbare prothesen en buigzame prothesen. Een erectieprothese plaatsen vereist een chirurgische ingreep, bij voorkeur onder algemene verdoving.

A. Opblaasbare prothesen (3-delig):

- Opblaasbare prothesen (zie Fig. 2.) bestaan uit 2 cilinders die in de zwellichamen (corpora cavernosa) van de penis worden geplaatst, samen met een reservoir gevuld met vloeistof en een pomp die in het scrotum wordt geplaatst.
- Om een erectie te krijgen, knijpt de persoon in de pomp, waardoor de vloeistof van het reservoir naar de cilinders in de penis stroomt. Hierdoor wordt de penis stijf.
- Na de seksuele activiteit kan de patiënt de vloeistof uit de penis terugpompen naar het reservoir, waardoor de penis weer verslapt.

B. Buigzame prothesen:

- Buigzame prothesen bestaan uit flexibele cilinders die in de zwellichamen van de penis worden geplaatst.
- Deze prothesen hebben een semi-stijve toestand, waardoor de penis altijd een bepaalde mate van stijfheid behoudt. De persoon kan de penis naar beneden buigen wanneer deze niet in gebruik is.
- Wanneer een erectie gewenst is, kan de persoon de penis omhoog buigen en positioneren voor geslachtsgemeenschap.

5. Andere levensstijl

In sommige gevallen kan het volstaan om eenvoudigweg de levensstijl te veranderen en bijvoorbeeld gezonder te gaan eten, meer te bewegen en minder alcohol of tabak te gebruiken. Ook minder stress en meer slaap kunnen de erectiestoornissen verminderen. Hoewel deze aanpassingen het probleem niet volledig zullen oplossen, hebben ze wel



▲ Fig. 2. Opblaasbare erectieprothese

een positieve invloed op de algehele seksuele en metabole gezondheid.

6. Psychogene en relationele factoren

Gezien psychogene factoren een belangrijke rol spelen bij ED, is het nuttig om hier aandacht aan te besteden. Het is bijvoorbeeld noodzakelijk om de dynamiek tussen de patiënt en zijn partner in overweging te nemen bij de behandeling van een erectiestoornis. Deze aandoening is niet alleen belastend voor de patiënt zelf, maar kan ook gevolgen hebben voor de partner, aangezien het de seksuele activiteit en soms de algehele relatie beïnvloedt. Bovendien kunnen verschillen in verwachtingen omtrent seksualiteit voor spanningen zorgen. Het behouden van affectie en intimiteit binnen de relatie is essentieel voor seksuele opwindning.

Open communicatie over individuele behoeften, verlangens en eventuele problemen is cruciaal. Samenwerking en wederzijds begrip tussen de partners kan helpen om de druk te verlichten en het seksuele welbevinden te verbeteren.

Nieuwe arts



dr. Mathias Veys

Urgentie arts
dienst Spoedopname
campus Sint-Jan

T 050 45 20 00
E spoed.secretariaat@azsintjan.be

Dr. Mathias Veys behaalde zijn diploma geneeskunde aan de KU Leuven in 2012. Na zijn opleiding urgentiegeneskunde, met een assistentschap in het OLV Aalst, het UZ Gent, het AZ Sint-Jan Brugge AV en het UZ Leuven, startte hij in 2018 op de spoedgevallendienst van het Jan Yperman Ziekenhuis in Ieper. Sinds 1 november 2023 werkt dr. Veys als toegelaten arts-specialist binnen het departement Anesthesie en kritische zorgen in het AZ Sint-Jan Brugge AV, waar hij zich toelegt op de activiteiten binnen de spoedgevallendienst, de prehospitalzorg, en de uitbouw van het hyperbaar zuurstofcentrum.