

Erektionsstörungen als Vorbote der koronaren Herzkrankheit

Von Prof. Dr. med. Hans Hölschermann

Durchblutungsstörungen zählen zu den Hauptursachen einer erektilen Dysfunktion. Sind koronare Herzkrankheiten (KHK) und erektile Dysfunktion (ED) somit zwei Seiten einer Medaille? Einer Gefäßerkrankung? Dieser Aspekt wird – zumindest von den Kardiologen – viel zu wenig berücksichtigt.

Die ED wird noch nicht als mögliches Begleitsymptom koronarer Erkrankungen gesehen. Dabei weisen beide Erkrankungen zahlreiche Parallelen auf:

- Sie haben die gleiche Ätiologie
- Sie treten etwa im gleichen Alter auf (hohe Prävalenz bei 40- bis 70-Jährigen)
- Inzidenz und Schwere beider Erkrankungen nehmen mit dem Alter zu
- Beide Erkrankungen haben die gleichen Risikofaktoren

Die erektile Dysfunktion hängt in hohem Maße (bis zu 80 Prozent) von der Dilatation peniler Arterien ab. Dieses System verfügt kaum über Reserven. Der geringe Durchmesser der cavernösen Arterien sowie der verhältnismäßig hohe Gehalt an Endothelzellen und glatten Muskelzellen machen das penile Gefäßbett zu einem frühen und sensitiven Marker einer generalisierten Gefäßerkrankung.

Steifigkeit der Arterienwand, frühe Arteriosklerose und endotheliale Dysfunktion schränken die arterielle Funktion ein. Die Folgen sind arterielle Stenosen sowie verminderte Vasodilatation mit arterieller Insuffizienz und einer verminderten Füllung der Arterien.

Die erektile Dysfunktion ist somit auch eine endotheliale Dysfunktion. 65 bis 75 Prozent aller Männer mit KHK haben eine ED. Je ausgeprägter die KHK ist, desto ausgeprägter ist auch die ED. Gleichzeitig ist bei fast 70 Prozent der Männer eine ED erstes Anzeichen einer KHK. Dies trifft vor allem bei jüngeren Männern zwischen 40 und 50 Jahren zu. Bei 40 Prozent der Männer mit Durchblutungsstörungen des Penis wird eine Verengung der Herzkranzgefäße entdeckt. Die ED tritt zwei bis fünf Jahre vor den koronaren Symptomen wie Angina pectoris oder Infarkt auf. Männer mit ED haben ein doppelt so hohes Risiko, in den nächsten fünf Jahren an einem Infarkt zu sterben.

Länger anhaltende Erektionsstörungen können ein erstes Anzeichen einer lebensbedrohlichen KHK sein. Der Penis ist ein Frühwarnsystem, das uns Kardiologen ausreichend Spielraum zum rechtzeitigen und umfassenden Handeln geben kann. An dieser Stelle müssen sich Urologie und Kardiologie zusammenschalten, um den Patienten zu schützen. Echokardiographie und ein Belastungstest müssen zu unabdingbaren Folge-Untersuchungen beim Kardiologen werden. Das Risiko einer KHK kann durch Änderung des Lebensstils und gegebenenfalls durch eine individualisierte Medikation verringert werden. Die Empfehlungen, die Kardiologen ihren Patienten zur Änderung des Lebensstils mit auf den Weg geben, sind absolut identisch mit den Empfehlungen der Urologen für ihre ED-Patienten:

- Reduzierte Kalorienzufuhr
- Regelmäßige körperliche Aktivität
- Rauchen aufhören

- Diabetes, Hypercholesterinämie (mit Statinen) und Bluthochdruck (mit Angiotensin- II-Rezeptorblockern) behandeln
- PDE-5-Hemmer nicht zusammen mit Nitraten einnehmen (Nitrat-Therapie verschwindet immer mehr, da häufiger Stents und Bypässe gesetzt werden)

Sex überfordert das Herz meistens nicht. Die Herzfrequenz steigt auf durchschnittlich 122/min. Der systolische Blutdruck erreicht für drei bis fünf Minuten 150 bis 180mm/Hg. Es gibt zwar erhebliche individuelle Unterschiede, dennoch wird die Beanspruchung für Herz und Kreislauf oft überschätzt. Sex erreicht zwei bis maximal sechs metabolische Äquivalente (MET) und damit eine Sauerstoffaufnahme von 60 Prozent des Maximalwertes – so viel wie bei forciertem Gehen, Radfahren oder zwei Etagen Treppensteigen. Zum Vergleich: Joggen verbrennt 13 METs. Sex stellt daher kein Risiko für KHK-Patienten dar.

(c) by 'medicinebook.de'

URL : <http://www.medicinebook.de>

[Das Impressum finden Sie hier](#)