

## ABSTRACTS VAN VOORDRACHTEN NEDERLANDS-VLAAMSE VERENIGING VOOR IMPOTENTIE-ONDERZOEK<sup>o</sup> JAARVERGADERING 3 december 1999

13e Jaarcongres van de Nederlands-Vlaamse vereniging  
voor Impotentie-Onderzoek (NVIO)

### Programma

Vrijdag 3 december 1999 (Antwerpen)

- 09.30 Inschrijving; ontvangst en koffie  
10.00 Opening: Guus Lycklama à Nijenholt

#### Sessie 1

moderator: G. Lycklama à Nijenholt

- 10.05 **State of the Art:**  
Cardiale aspecten van Viagra, 1 jaar later  
J.H. Kingma, Nieuwegein
- 10.35 **Erectiele disfunctie (ED): voorkomen en kwaliteit  
van leven. De Boxmeer studie**  
E. Meuleman, L. Donkers, B. Kiemeneij en leden van  
Intern Urologische Epidemiologie Onderzoek Groep  
Nijmegen
- 10.55 **Viagra, een jaar later**  
L. Schelke, Capelle a/d IJssel
- 11.15 Koffiepauze

#### Sessie 2

moderator: E. Vrijhof

- 11.45 **State of the Art: Eros en het verlangen van Nietzsche**  
W. Fonteyn, Eindhoven
- 12.15 Huishoudelijke vergadering

#### Sessie 3

moderator: B. Verheyden

- 13.30 **State of the Art:**  
Viagra and beyond: evaluation, diagnosis and  
treatment of female sexual dysfunction  
L. Berman, Boston, U.S.A.
- 14.00 **De anatomie van de clitoris door de eeuwen heen**  
M. Van Driel, W.C.M. Weijmar Schultz en H.J.A.  
Mensink, Groningen
- 14.15 **Onderzoek naar de kennis van de medicamenteuze  
mogelijkheden bij de behandeling van erectiele  
disfunctie en het beleid dienaangaande in de  
Nederlandse Huisartsenpraktijk**  
H.J.A. Kleinjans, Zwanenburg
- 14.30 **Een vergelijking tussen huisarts en uroloog in het  
voorschrijven van Andropen bij mannen met  
erectiestoornissen**  
B.J. de Boer, A. Lycklama à Nijenholt, H. Kleinjans,  
Maarssen
- 14.45 **Erectiele disfunctie na radicale prostatectomie**  
E.E.S. van den Aker, K.P.J. Delaere, Heerlen
- 15.00 **Retrospectief tevredenheidsonderzoek bij mannen  
met een erectieprothese en hun partners**  
L. Deunk, P.R.I. Rabsztyrn, E.J.H. Meuleman, Nijmegen

#### Sessie 4

moderator: E. Meuleman

- 15.45 **Round Table**  
Viagra, een jaar later
- 16.45 **Sluiting**  
B. Verheyden

### ERECTIELE DISFUNCTIE (ED): VOORKOMEN EN KWALITEIT VAN LEVEN. DE BOXMEER STUDIE.

Eric Meuleman, Laurens Donkers, Bart Kiemeneij, en de leden van de Internationale Urologische Epidemiologie Onderzoek Groep. (Peter Boyle, Chris Robertson, Atanasio Nonis, Martin Keach, Richard Hobbs, Richard Fourcade, Chongwook Lee, Maria Watson).

#### Introductie

In 1994 werden de eerste epidemiologische gegevens betreffende de prevalentie van ED en een risicofactor analyse gepubliceerd in de Massachusetts Male Aging Study (MASS).<sup>1</sup> ED bleek frequent voor te komen en leeftijdsafhankelijk te zijn. Inmiddels zijn in Nederland een drietal onderzoeken verricht naar de prevalentie van ED en de invloed daarvan op de kwaliteit van leven.<sup>2,3</sup> Wij beschrijven de uitkomst van de Boxmeer studie, die plaats vond in het kader van een multi-centrisch, internationaal bevolkingsonderzoek (Nederland, Korea, Verenigd Koninkrijk en Frankrijk) naar het voorkomen van goedaardige Urologische aandoeningen. De studie levert gegevens op betreffende het voorkomen van ED, de weerslag daarvan op kwaliteit van leven van de man en diens partner. De Nederlandse gegevens worden vergeleken met de uitkomst van de MASS.

#### Methode

Het onderzoek vond in 1998 plaats in de gemeente Boxmeer. Proefpersonen werden geselecteerd middels een voor leeftijd gewogen steekproef. Boxmeer is een plattelandsgemeente in het zuidoosten van Nederland en telt 20.000 inwoners. De gegevens over de aanwezigheid van ED, algemene en ziektespecifieke kwaliteit van leven zijn met een schriftelijke vragenlijst verzameld. Zonodig werd de participant telefonisch benaderd. De Nederlandse versie van de "sexual function inventory (SFI)", ontwikkeld door O'Leary<sup>4</sup> werd in Nederland gebruikt om de mate van ED te bepalen. (Een lage score duidt op moeite om een erectie te verkrijgen en/of te handhaven). De kwaliteit van leven werd gemeten met een algemene vragenlijst, de SF-12. Op basis van deze uit 12 vragen bestaande vragenlijst kunnen de samenvattende scores voor fysiek en psychisch welbevinden berekend worden.<sup>5</sup> 1215 (69%) van de 1771 aangeschreven mannen ouder dan 40 jaar repondeerden, 1059 (72%) van de 1460 partners repondeerden op de vrouwelijke versie van de vragenlijst.

<sup>o</sup> Buiten verantwoordelijkheid van de redactie

## Resultaten

13% van de mannen rapporteerden ED. ED is gerelateerd aan leeftijd; 78% van de mannen met een leeftijd van 70+ hadden een erectiescore van 0-5 vergeleken met slechts 10% van de mannen jonger dan 55 jaar. De last die mannen ondervinden van hun erectiestoornis neemt af met het toenemen van de leeftijd. (Tabel 1)

Tabel 1

Leeftijd	% ED	%Last
40-49	6	73
50-59	9	78
60-69	21	67
70-79	37	46

## Conclusie

In overeenstemming met de MASS blijkt ook in Nederland ED een veel voorkomende afwijking te zijn, waarvan het voorkomen toeneemt naarmate mannen ouder worden. De prevalentie van ED lijkt in Nederland echter duidelijk lager dan in Massachusetts. De verklaring voor deze discrepantie moet gezocht worden in het feit dat de uitkomst van de MASS is gebaseerd op surrogaat vragen in een geselecteerde populatie en dat de "Last-vraag" in de MASS nooit gesteld is.

In de Nederlandse onderzoeken blijkt met name de last met de leeftijd af te nemen. Dit hangt samen met het feit dat slechts 50% van de mannen ouder dan 70 jaar nog seksueel actief is en zich kennelijk bij de disfunctie heeft neergelegd.

1. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts male aging study. *J Urol* 1994;151:54-61.
2. Bosch R, Groeneveld F, Bohnen A, Prins A, Hop W. Erectile dysfunction in a community-based sample of men aged 50-75 years: prevalence and somatic and social risk factors. *Eur J Urol* 1999;35suppl 2, A262.
3. Diemont WL, Vrugink PA, Doesburg W, Meuleman EJH. Prevalence of sexual problems in the dutch population. *Int J Impotence Res* 1996;8:201.
4. O'Leary MP, Fowler FJ, Lenderking WR, Barber B, Sagnier PP, Guess HA, Barry MJ. A brief male sexual function inventory for urology. *Urology* 1995;46:697-706.
5. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of life assessment. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1171-8.

## VIAGRA, EEN JAAR LATER

Leonie Schelke

Data: NIPO (Ellen Stegers, Henk Foekema) en IMS Health BV

### Introductie:

Ter gelegenheid van het éénjarige bestaan van sildenafilafil (Viagra®) in Nederland heeft het NIPO een publieksonderzoek gedaan. Doel van het onderzoek is inzicht te verkrijgen in de attitude van Nederlanders tegenover erectiestoornissen en in de kennis en imago van Viagra als geneesmiddel. Daarnaast heeft Pfizer gegevens verzameld over het voorschrijfgedrag en gebruik van Viagra in Nederland.

### Materiaal en Methode:

Het veldwerk van het NIPO heeft plaatsgevonden middels vragenlijsten in het Telepanel, een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking, en via CAPI@HOME, een database van op dit moment zo'n 10.000 huishoudens. In totaal zijn 1.299 personen (638 mannen en 661 vrouwen) van 18 jaar en ouder ondervraagd. Voor gegevens over voorschrijfgedrag en gebruik van Viagra is als databron gebruik gemaakt van de gegevens uit IMS Xtrend betreffende openbare apotheken in Nederland.

### Conclusies:

- 14% van de Nederlandse mannen (>18 jaar) heeft soms of vaker last van erectiestoornissen
- 9% van de Nederlanders met erectiestoornissen weet de oorzaak hiervan niet
- Stress en overmatig alcohol gebruik (69%) zijn de bekendste oorzaken van erectiestoornissen
- Tweevijfde van de Nederlanders is niet bekend met medische behandelingsmogelijkheden voor erectiestoornissen
- Slechts 5% van de mannen met erectiestoornissen is onder behandeling
- Zes op de zeven Nederlanders is vóór vergoeding van behandeling van erectiestoornissen, terwijl Viagra (nog) niet wordt vergoed door ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen.
- Viagra wordt voornamelijk voorgeschreven door huisartsen
- Het merendeel van de mannen (> 90%) is ouder dan 40 jaar
- De meest voorgeschreven dosering is 50 mg.

## DE ANATOMIE VAN DE CLITORIS DOOR DE EEUWEN HEEN

M.F. van Driel, W.C.M. Weijmar Schultz, H.J.A. Mensink,

### Introductie

Met de komst van sildenafil is er (ook van urologische zijde) een groeiende belangstelling voor de seksuele anatomie bij de vrouw. Wij hebben getracht na te gaan hoe de kennis daarover zich in de loop der tijd heeft geëvolueerd.

### Materiaal en Methoden

De afbeeldingen van de clitoris en de bijbehorende beschrijvingen uit een aantal anatomische, gynaecologische en seksuologische handboeken uit de periode 1500-2000 werden verzameld en met elkaar vergeleken.

### Resultaten

Leonardo da Vinci (1452-1519) was de eerste die op wetenschappelijke wijze anatomische preparaten tekende. Het vrouwelijk genitaal gaf hij weer als één groot gapend gat hetgeen mogelijk te maken heeft met zijn afkeer van geslachtsorganen, zowel die van de man als van de vrouw. In een 18e eeuwse voorlichtingsboek bleken zowel de tekening als de beschrijving adequater. 'Hij heeft twee holle lichamen, een schort-bandje, verscheidene vaten, twee oprichtende spieren, een voorhuid en een roedehoofdje.' In de boeken van v/d Velde komt de clitoris er bekaaid van af. Deze wordt getekend als een klein boon-vormig orgaan. In Gray's Anatomy van 1901 wordt de clitoris duidelijk omschreven, daarentegen wordt hij in de editie van 1948 slechts vagelijk aangeduid. De vaatvoor-ziening wordt tot dan toe nooit aangegeven. Dickinson (1933) tekende de bulbus als een separate structuur met een conglomeraat van veneuze vaten, dat opzwellt bij seksuele opwindning. In seksuele voorlichtings-boeken uit de jaren vijftig wordt de bulbus van het vestibulum geduid als een kluwen van toevoerende bloedvaten richting clitoris. In het Nederlands leerboek Gynaecologie (1995) wordt nog gesproken van twee erectie-systemen, dat van de clitoris en dat van de bulbus. De huidige opvatting op grond van het werk van de Australische urologe O'Connell is echter dat de bulbus niet behoort tot het vestibulum, maar met de clitoris deel uitmaakt van een pyramide-vormig conglomeraat van erectiel weefsel, dat ook de urethra gedeeltelijk omgeeft. Het zou dan ook beter zijn om te spreken van de 'bulbus van de clitoris.' Op grond van literatuurstudie en eigenhandig uitwendig onderzoek van het vrouwelijk genitaal, zowel in rust als bij stimulatie, waren feministische leken in 1980 al min of meer tot dezelfde conclusies gekomen.

### Conclusies

Beschrijvingen van de clitoris zijn auteurs- en tijdsgebonden. Tot voor kort ging vrijwel altijd om mannelijke auteurs. Waarschijnlijk kwam dit gegeven het wetenschappelijk gehalte niet ten goede. In 1980 werd door vrouwelijke feministen de uitgebreidheid van de clitoris reeds vastgelegd. Eind jaren negentig werd dat middels kadaverstudies door een vrouwelijke uroloog bevestigd. Daarmee werd de weg geopend naar adequaat onderzoek met betrekking tot het voorkomen van seksuele klachten na uro-gynaecologische operaties en therapeutische mogelijkheden.

## ONDERZOEK NAAR DE KENNIS VAN DE MEDICAMENTEUZE MOGELIJKHEDEN BIJ DE BEHANDELING VAN ERECTIELE DYSFUNCTIE (ED) EN HET BELEID DIENAANGAANDE IN DE NEDERLANDSE HUISARTSENPRAKTIJK

H.A.J. Kleinjans

### Introductie:

Het onderzoek was bedoeld om er inzicht in te krijgen of huisartsen de verschillende medicamenteuze behandelingsmogelijkheden van ED in NL kennen, in hoeverre zij daarvan gebruik maken en welke verdere stappen in het beleid zij wel of niet nemen.

### Methode:

Het onderzoek werd verricht middels het stellen van vragen aan 200 huisartsen in Nederland. Deze artsen waren geselecteerd op basis van jaar van afstuderen, regio en het al dan niet apothekhoudend zijn om een zo representatief mogelijk beeld van de Nederlandse situatie te krijgen.

### Resultaten Viagra:

Welke middelen tegen ED kent U en weet u of ze vergoed worden?

merk	Kennen	Vergoed	Ja	Nee	Weet niet
Viagra	99%	4%	91%*	6%	
Androskat		55%	56%*	11%	33%
Caverject		36%	40%	21%*	39%
Anders	5%	40%	20%*	40%	

\*Perceptie in overeenstemming met werkelijkheid

Schrijft U Viagra voor bij ED: Ja (93%)

Vraagt U de patiënt terug te komen voor evaluatie? Altijd (68%), Soms (18%), Nooit (14%).

Welk percentage van Viagra-gebruikers is hier ontevreden over (te duur, onvoldoende effect, bijwerkingen)? 15%.

Wat doet u indien de patiënt ontevreden is? Doorverwijzing uroloog: 33%, Doorverwijzing psychotherapie: 30%, Injecties/Androskat: 37%, Overig: 30%, Geen andere therapie: 17%, Geen antwoord: 7%. (Meerdere antwoorden mogelijk)

### Resultaten Androskat:

Kent u Androskat? Van gehoord: 90% Nooit van gehoord: 10%; Indien van gehoord Heeft u het al eens voorgeschreven?: Ja (34%); Indien Ja Ook de laatste 4 weken? Ja (10%); Indien Ja Hoe vaak: 1-2x.

Hoe verwacht u dat het gebruik van Androskat zich in de toekomst zal ontwikkelen? Afnemen: 49%, Gelijk: 40%, Toenemen: 5%, Weet niet: 10%.

Indien wel bekend maar nooit voorgeschreven (56%): Hoe waarschijnlijk acht u het dat u Androskat ooit gaat voorschrijven? Onwaarschijnlijk: 78%, Mogelijk: 15%, Waarschijnlijk: 3%, Weet niet: 4%.

Hoe ziet u de plaats van Androskat? Klein door komt Viagra: 29%, Geen plaats: 19%, Tweede keus na Viagra: 16%, Voor uroloog: 13%, Voor zeer selecte groep(en) patiënten: 32%, Weet niet: 7%. (Meerdere antwoorden mogelijk)

### Conclusies:

Bijna alle NL huisartsen kennen Viagra en schrijven het ook voor. Het gebruik wordt in 3/4 van de gevallen geëvalueerd, maar als het resultaat niet naar wens is wordt geen alternatieve vervolgbehandeling ingesteld door de huisarts zelf terwijl ze de mogelijkheden wel kennen. Dit laten ze over aan de uroloog c.q. psycholoog/psychiater. Met name Androskat kennen ze wel, het is het enige middel dat wordt vergoed, maar het wordt gezien als een tweedelijnsproduct.

## EEN VERGELIJKING TUSSEN HUISARTS EN UROLOOG IN HET VOORSCHRIJVEN VAN ANDROPEN BIJ MANNEN MET ERECTIESTOORNISSEN

B.J. de Boer

### Doelstelling:

Een vergelijking tussen respectievelijk de huisarts en de uroloog in de compliance van andropen bij mannen die voor erectiestoornissen met andropen worden behandeld.

### Methode:

Er zijn door 60 huisartsen en 75 specialisten 603 mannen in het onderzoek geïncludeerd. Gedurende een jaar is aan alle patiënten met erectiestoornissen, die door deze huisartsen en specialisten behandeld zijn of worden met andropen, gevraagd mee te doen aan het onderzoek. Het gemiddeld aantal patiënten per huisarts is 1,8 en bij de specialist 5,4. De arts heeft bij ieder bezoek een vragenlijst ingevuld en de patiënt is gevraagd een dagboekje bij te houden over het gebruik van andropen gedurende maximaal een half jaar.

### Resultaten:

Patiënt kenmerken zijn in beide groepen gelijk verdeeld voor leeftijd, gewicht, lengte, roken en alcoholgebruik. De oorzaken van de erectiestoornis is bij de patiënten van de urologen vaker neurogeen of vasculair en bij de huisartsen vaker psychogeen of gemengd. Comorbiditeit (totaal 70%) is met uitzondering van psychische klachten in beide groepen grotendeels vergelijkbaar: diabetes mellitus (24%), hart en vaatziekten (27%), neurogene aandoeningen (11%), prostaatklaften (19%). Het voorkomen van psychische klachten verschilt (huisartsgroep 23%, specialistengroep 8%,  $p < 0.001$ ). Het gebruik van co-medicatie is bij de huisarts 39% en bij de specialist 24% ( $p < 0.001$ ). In de specialistengroep hadden meer mannen eerder androskat gebruikt (29% ten opzichte van 9%,  $p < 0.001$ ). Andere voorgaande behandelvormen (andere injecties, gesprekken, orale medicatie, sildenafil was nog niet verkrijgbaar ten tijde van het onderzoek) zijn in beide groepen gelijk verdeeld. De betrokkenheid van de partner in het proces is over beide groepen gelijk (90%). De hoogte van de startdosis van androskat is significant verschillend tussen de huisarts en de uroloog (huisarts gemiddeld 0,53ml en de specialist gemiddeld 0,69ml). De huisartsen verhogen de dosis in 96% en de specialisten in 81% ( $p < 0.01$ ). De gemiddelde einddoses komen gelijk uit (ongeveer 1ml). Het aantal bezoeken is ook verschillend.

Bij de huisarts hadden meer patiënten het maximum van 3 vervolfbezoeken afgelegd (37% tegen 17%,  $p < 0.001$ ). 38% van de patiënten (32% bij de huisarts en 40% bij de specialisten) is gedurende het onderzoek gestopt. Deze getallen zijn niet significant verschillend. Reden daarvoor is onvoldoende effect, bijwerkingen, lastige toediepen of de partner.

72% van de patiënten is tevreden tot zeer tevreden over het gebruik van andropen, gelijk verdeeld bij de huisarts en de specialist, behalve "tevreden" (huisarts 51% en specialist 40%) en "zeer tevreden" (resp. 24% en 31%).

De partners zijn in 77% tevreden tot zeer tevreden (gelijk verdeeld over huisarts en specialist). 8% van de patiënten gaf aan dat er bijwerkingen optreden. Als bijwerkingen werden hematoom (5%) en een verlengde erectie (1,8%) genoemd. De duur van de verlengde erectie varieerde (2x 4 uur, 1x 5 uur, 1x 6 uur, 1x 7 uur, 2x 8 uur, 2x 10 uur en 1x 12 uur). De verlengde erectie vond in 9 gevallen bij de specialist plaats en in 1 geval bij de huisarts (duur 4 uur). De behandeling die daarvoor werd gegeven is koeling, hemapunctie, phenylefrine en adrenaline. De door de patiënt gegeven score van het resultaat van het product was gemiddeld 7,2, de score voor het gebruiksgemak was gemiddeld 7,3 en de score voor het instructiemateriaal 7,9 (gelijk verdeeld over huisarts en specialist). De scores in de dagboekjes komen daarmee overeen.

### Conclusie:

Ondanks het verschil in oorzaak van de erectiestoornis bij patiënten die met andropen worden behandeld door de huisarts (meer psychische redenen) en door de uroloog (meer somatische redenen) is de mate van tevredenheid van het gebruik van andropen bij hen en hun partners groot. Er doen zich weinig bijwerkingen voor (zelden een hematoom en zelden een verlengde erectie). Toch is ongeveer eenderde van de patiënten voortijdig met het gebruik gestopt. De huisarts begint gemiddeld met een lagere startdosis en krijgt mogelijk daardoor minder klachten van priapisme. Uiteindelijk is de gemiddelde dosis in beide groepen gelijk.

## ERECTIELE DYSFUNCTIE NA RADICALE PROSTATECTOMIE

E.E.S. van den Aker, K.P.J. Delaere

### Introductie:

Radicale prostatectomie wegens gelokaliseerd prostaatacarcinoom, leidt in principe tot erectiele dysfunctie (E.D.). Een aantal mannen is echter al seksueel inactief voor de operatie. Belangrijk is te evalueren hoeveel mannen behoefte hebben aan behandeling van hun erectiestoornis, en welke de resultaten zijn van diverse erectieverwekkende behandelingen.

### Patiënten en methode:

Retrospectief onderzoek is uitgevoerd naar de erectiele functie van 213 mannen die in de periode van 1989 tot en met juli 1999 een radicale (niet zenuwsparende) prostatectomie ondergingen wegens een vroeg stadium van prostaatkanker. Hoeveel mannen hadden pre-operatief al E.D. en hoeveel mannen met post-operatieve E.D. verzochten om behandeling? En welke therapie gaf de beste resultaten: orale therapie (sildenafil) of auto-injectietherapie (papaverine/fentolamine)?

### Resultaten:

De gemiddelde leeftijd van de geopereerde mannen bedroeg 65 jaar (51-76 jaar). Voor de operatie waren 123 van de 213 patiënten nog enigermate seksueel actief (57,7%). Van deze pre-operatief nog seksueel actieve mannen konden er post-operatief 115 worden geevalueerd m.b.t. de iatrogene E.D. Slechts 45 patiënten (39%) hadden een verzoek tot behandeling van hun E.D. Intracaverneuze injectietherapie middels Androskat (papaverine/fentolamine) werd toegepast bij 26 mannen (18 maal als eerste therapie, 8 maal als tweede therapie) en 27 mannen kregen orale therapie (sildenafil), vanaf gemiddeld 6 maanden na de operatie. Auto-injectietherapie gaf een bevredigend resultaat bij 23 patiënten (88%). Bij één van de non-responders werd een opblaasbare erectieprothese geïmplanteerd met goed resultaat. Van de 27 mannen die primair sildenafil probeerden kregen er slechts 4 een bevredigende erectie (15%); gestart werd met 50mg, en wegens gebrek aan resultaat gingen alle patiënten over op 100mg sildenafil. Acht mannen die niet reageerden kregen later alsnog goede erecties middels intracaverneuze behandeling.

### Conclusies:

Opvallend is dat van alle geopereerde mannen met een gelokaliseerd prostaatacarcinoom, uiteindelijk slechts 21% (45/213) vraagt om behandeling van E.D. Dit is te verklaren door het feit dat een groot aantal oudere mannen (gemiddelde leeftijd: 65 jaar) al E.D. vertoont vóór de operatie (43,3%), en dat vele mannen (61%) de opgetreden erectiestoornissen voor lief nemen tegen de achtergrond van curatie van hun (levensbedreigende) prostaatkanker. Aangezien de post-operatieve E.D. kan beschouwd worden als het gevolg van neurogene deficientie, is het begrijpelijk dat orale therapie weinig succes zal oogsten terwijl daarentegen intracaverneuze behandeling veelal satisfactie geeft.

## RETROSPECTIEF TEVREDENHEIDSONDERZOEK BIJ MANNEN MET EEN ERECTIEPROTHESE EN HUN PARTNERS

L.Deunk, P.R.I. Rabsztyrn, E.J.H.Meuleman

### Inleiding

Implantatie van een erectieprothese is de laatste in de rij van therapiemogelijkheden voor mannen met erectiele disfunctie (ED). In het AZN bestaat sinds 1986 klinische ervaring met het implanteren van erectieprotheses. Wij presenteren de resultaten van een retrospectief onderzoek naar de lange termijn tevredenheid en frequentie waarmee de patiënten en partners de prothese gebruiken

### Materiaal en methode

Tussen begin 1986 en eind 1996 werden bij 124 mannen (vnl. inflatable) erectieprotheses geïmplanteerd. Basisinformatie werd uit statusonderzoek verkregen. 76 mannen konden worden aangeschreven met een vragenlijst voor patiënt en partner met daarin vragen van relationele, seksuele en functiebeoordelende aard.

### Resultaten

60 patiënten en 44 partners namen deel aan het onderzoek. 8%(5/60) had een semi-rigide prothese, 82%(49/60) had een inflatable prothese en bij 10%(6/60) was de (inflatable) prothese inmiddels verwijderd i.v.m. complicaties of onvrede. 17%(10/60) van de patiënten en 25%(11/44) partners heeft veel tot zeer veel spijt van de beslissing tot implantatie. 32%(19/60) gebruikt de prothese niet meer, 15%(9/60) heeft de prothese zelfs nooit gebruikt. 20%(12/60) van de patiënten en 32%(14/44) van de partners ziet een verbetering van de seksuele relatie sinds de implantatie, 23%(14/60) van de patiënten en 23% van de partners (10/44) ziet een verslechtering van de seksuele relatie. 20%(12/60) van de patiënten is ondanks de prothese niet altijd in staat tot penetratie. Desondanks zou 73%(44/60) een erectieprothese aan een ander aanraden. Bijna de helft van de mannen rapporteerde spontane zwelling van de penis 's ochtends of bij seksuele opwindings. Er kwamen opvallend veel reacties op de gegeven mogelijkheid tot eventuele opmerkingen.

### Conclusie

Een deel van de mannen en partners was zeer enthousiast, een ander deel was zeer negatief over de verschillende bevraagde items. Hierdoor is het moeilijk uitspraken over de gehele groep te doen. De satisfactie lijkt vergeleken met andere onderzoeken lager te liggen. Ontevredenheid over de prothese lijkt m.n. verband te houden met de mate waarin deze aan de vooraf bestaande verwachtingen voldoet. Waaruit deze verwachtingen bestaan is bron voor verder onderzoek. Een langere poliklinische follow-up en seksuologische begeleiding lijken goede adviezen, mede gezien de reacties van de patiënten op de open vragen.