

# Sommerworkshop: AK Andrologie und sexuelle Funktionsstörungen

## Burn-out, Antidepressiva und Sexualfunktion

Am 11. und 12. Mai fand der diesjährige Sommerworkshop des Arbeitskreises Andrologie und sexuelle Funktionsstörungen in Wien statt. Themen des Workshops waren unter anderem der Einfluss von Psychopharmaka auf die Sexualfunktion und Doping im Sport sowie dessen Auswirkungen auf die (sexuelle) Gesundheit unserer Patienten.

### Burn-out und Sexualität

Eröffnet wurde der Workshop von Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin Aigner, Vorstand der Erwachsenenpsychiatrie des Landesklinikums Donauregion in Tulln mit dem Thema „Burn-out und die passende nicht kontraxuelle antidepressive Therapie“. Dieses Thema sollte dem behandelnden Urologen einen Überblick über den Einfluss der Therapie auf die Sexualfunktion geben. Darüber hinaus können Empfehlungen des Urologen an den behandelnden Psychiater in der Therapieanpassung durchaus wertvoll sein.

Der Begriff Burn-out ist heute in aller Munde – nicht selten sind Mitarbeiter im Gesundheitsbereich selbst betroffen. Prof. Aigner erklärte, dass der Modebegriff Burn-out und der eigentliche Fachbegriff nicht ident sind. Die Diagnose Burn-out als Fachbegriff ist als Erschöpfungszustand (Z73.0) im ICD-10-Katalog aufgeführt. Die Depression wurde durch den Begriff Burn-out und dessen Zusammenhang mit „zu viel Arbeit“ von ihrem Stigma der rein psychischen Erkrankung zumindest teilweise befreit und damit fast „salonfähig“. Leitsymptome des Burn-out sind:

- die emotionale Erschöpfung,
- die Depersonalisation (im Sinne eines Zynismus) und
- eine verminderte subjektive Leistungsbewertung.



F. Wimpissinger, Wien

Betroffene sind emotional und körperlich kraftlos, zeigen eine deutlich verminderte Empathie (z.B. gegenüber Patienten und Kollegen) und verlieren jegliches Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit. Eine Objektivierung der Symptome erfolgt meist durch das evaluierte Maslach Burn-out Inventory (MBI). Klinisch können die Symptome des Burn-out als eine Stufe im chronologischen Verlauf zwischen Überlastung und Depression gesehen werden. Differenzialdiagnosen des Burn-out reichen von Anämie, kardialer Dekompensation und chronisch entzündlichen Erkrankungen bis hin zu Angst, Depression oder Essstörungen. Dies verdeutlicht, wie schnell der Begriff missbräuchlich verwendet werden kann.

### Therapeutischer Ansatz

Therapeutisch stehen zu Beginn die psychiatrische bzw. psychologische Betreuung sowie Coachings (Arbeitsplatz) im Vordergrund. Erst in zweiter Linie besteht die Möglichkeit der medikamentösen Behandlung.

Ein hoher Anteil unserer Patienten der andrologischen Praxis oder Sprechstunde (nicht nur an Burn-out leidende) stehen unter antidepressiver Therapie. Die verordneten Substanzen und ihr Einfluss auf die Sexualfunktion verdeutlichen, dass die psychische Erkrankung nicht alleine einen negativen Einfluss hat. Vielmehr werden die

Symptome der psychischen Störung unter anderem durch die medikamentöse Therapie positiv beeinflusst, sodass dann – bei wiederkehrendem Interesse an einer funktionierenden Sexualität – die antisexuellen Nebenwirkungen der Medikamente zum Tragen kommen.

### Antidepressive Substanzen

Prof. Aigner lieferte in seinem Vortrag eine hervorragende Übersicht über sämtliche Substanzklassen und deren Einfluss auf Libido, Orgasmus und Erektion. A. Serretti und A. Chiesa (2011) untersuchten in einem Review den Einfluss sämtlicher Substanzklassen auf die Sexualfunktion. Demnach haben v.a. jene Präparate, die vorwiegend oder alleine auf das serotonerge System einwirken, auf alle Domänen der Sexualfunktion den größten (negativen) Einfluss. Deutlich günstigere Eigenschaften weisen zum Beispiel Agomelatin, Trazodon, Bupropion oder Moclobemid auf.

Auch die Dauer der antidepressiven Therapie kann unterschiedliche Einflüsse auf die Sexualfunktion haben; so nehmen vegetative Symptome (z.B. Orgasmusstörungen) häufig mit der Dauer der Therapie ab (zumindest in den ersten Wochen und Monaten).

Ergibt sich bei einem Patienten der Hinweis auf sexuelle Nebenwirkungen antidepressiver Substanzen, können Dosisreduktion, Wechsel der Substanzklasse oder Präparatkombinationen hilfreich sein. Jegliche Maßnahme sollte immer in Absprache oder direkt durch den behandelnden Psychiater erfolgen.

## Doping im Sport – andrologische Aspekte

Zweiter Schwerpunkt der Fortbildung war das Thema „Doping, Anabolika und Sexualfunktion“, über das DDr. Eveline Ledl-Kurkowski, Institut für präventive und rehabilitative Sportmedizin, Universitätsklinikum Salzburg, einen Vortrag hielt. In unserer Praxis sind wir immer wieder mit andrologischen Problemen konfrontiert, die potenziell durch leistungssteigernde Maßnahmen im Sport hervorgerufen werden. Bei fehlendem Wissen über Verbreitung und Art der Substanzen bleibt die Problematik oft verborgen und der Urologe tappt mit Therapieansätzen im Dunkeln. Dabei ist Doping im Hobbysport weiter verbreitet als im Spitzen- und Profisport! Berufstätige Hobbysportler missbrauchen leistungssteigernde Substanzen, um bei Laufveranstaltungen, Radmarathons oder Triathlons im Mittelfeld der Platzierungen einige Ränge „besser“ zu werden und ihr Ego betrügerisch zu steigern. Kontrollen finden in diesem Segment kaum bis gar nicht statt. Bei einem Mann mit Azoospermie ist es durchaus wertvoll, die richtige Diagnose (wie Anabolikaabusus) zu stellen und Abklärung und Therapie dementsprechend durchzuführen.

### Wussten Sie, ...

- ... dass sogar im Schach gedopt wird?
- ... dass Doping häufig schon im Kindesalter eingesetzt wird?
- ... dass PDE-5-Hemmer derzeit nicht auf der Dopingliste stehen?
- ... dass es in den USA und Kanada zusammen nur 3 Dopinglabors der WADA gibt?
- ... dass fast 10% der Dopingfälle im Reitsport registriert werden?

### Was ist verboten?

Hinsichtlich der Substanzklassen definiert die WADA (World Anti-Doping Agency) Substanzen, die zu jeder Zeit (Training) verboten, und jene Substanzen, die während des Wettkampfes verboten sind. Die häufigsten Vergehen gegen Dopingrichtlinien sind die Anwendung oder Einnahme von Erythropoietin (EPO), Cera, Anabolika, THC oder die Verweigerung der Doping-

kontrolle. Oft werden Substanzen der „Dopingliste“ aus Unachtsamkeit missbraucht, weshalb jeder Arzt die Grundzüge der Bestimmungen kennen sollte. Jeder Leistungssportler hat die Pflicht, sich seinem behandelnden Arzt gegenüber als solcher zu deklarieren. Dann liegt es in der Verantwortung des Arztes, erforderliche Therapien in Akkordanz mit den Bestimmungen zu planen. Entsprechende Listen sind online einsehbar ([www.nada.at](http://www.nada.at)). Besondere Vorsicht ist bei der Behandlung von COPD/Asthma und der arteriellen Hypertonie geboten. PDE-5-Hemmer stehen aktuell nicht (mehr) auf der Dopingliste, ebenso befindet sich Koffein seit einigen Jahren nur mehr auf der sogenannten Watchlist.

Siebenhundert Tonnen anaboler Steroide werden weltweit jährlich am Schwarzmarkt umgesetzt. Das entspricht etwa 100 Millionen Euro Umsatz. Aufgrund der guten Nachweisbarkeit der Anabolika entfallen ca. 70% der Dopingfälle auf den Hobbysport. Mehr als ein Drittel des Umsatzes wird in Fitnessstudios und Sportvereinen gemacht, häufig bei jugendlichen Sportlern. Besonders interessant ist der nicht zu vernachlässigende Einsatz von Anabolika bei Militär, Polizei und im Showbusiness. Bei Bodybuilding und Kraftsport werden Anabolika oft routinemäßig eingesetzt, die entsprechenden nationalen und internationalen Organisationen unterliegen nicht den Bestimmungen der WADA. Gleiches gilt z.B. für die National Football League (NFL), die National Hockey League (NHL) oder die Professional Golfers' Association (PGA).

Als anabol-androgene Steroide (AAS) kommen exogene (Nandrolon, Vebeenolol, Turinabol etc.) und endogene (Androstendion, DHEA, Testosteron etc.) zur Anwendung. Substanzen wie Tetrahydrogestrinon werden als Designersteroid bezeichnet. Weiters werden Androgenrezeptor-Modulatoren wie Clenbuterol oder Tibolon missbraucht.

### Medikamentencocktails als „Kuren“

Medizinisch wichtig sind Medikamentencocktails und die zeitliche Abfolge, in der AAS in Form von „Kuren“ genommen werden. Neben primären AAS werden Substanzen wie Wachstumshormon (STH), Schilddrüsenhormone, Insuline und Diuretika zusätzlich verabreicht. Die Nebenwirkungen des Dopings mit AAS sind:

- Myokardhypertrophie ohne entsprechende Gefäßreaktion

- Leberfunktionsstörung
- Diabetes mellitus
- Gerinnungsstörungen
- Flüssigkeitsretention
- höheres Verletzungsrisiko
- Alopezie
- Missverhältnis der Cholesterinfraktionen (HDL sinkt)
- Gynäkomastie
- Sexualfunktionsstörungen und Azoospermie

Gynäkomastie und Knotenbildung führen dazu, dass viele Sportler, die AAS verwenden, früher oder später eine Brustoperation benötigen (oft bereits prophylaktisch!). Gegen Ende einer „Kur“ mit AAS wird die körpereigene Testosteronproduktion häufig durch Gabe von Tamoxifen stimuliert.

### Ungewolltes Doping

Nicht selten kommt es im Rahmen von Dopingkontrollen zur Aufdeckung von Fällen „ungewollten Dopings“. Dabei steht die Verunreinigung von Nahrungsergänzungsmitteln im Vordergrund. Der Konsum von Cannabis kann relativ lange nachgewiesen werden, was oft unterschätzt wird (v.a. Ausübende von sog. Funssportarten wie Surfen, Snowboarden etc.). Bei scheinbar harmlosen Medikamenten wird der Zusammenhang mit Substanzen der Dopingliste unterschätzt (z.B. Wick<sup>®</sup>-Erkältungssirup und Coldargan<sup>®</sup> – enthalten Ephedrin, Volon A<sup>®</sup> – Glukokortikoid). Eine Grundkenntnis der missbrauchten Substanzen und deren Auswirkungen auf den menschlichen Organismus erleichtern dann Diagnostik und Therapie.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen einen sportreichen Sommer 2012 – nicht zuletzt mit den Olympischen Sommerspielen und der Fußball-Europameisterschaft!

Autor:

Florian Wimpissinger

Dr. Florian Wimpissinger, FEBU

Vorsitzender des Arbeitskreises Andrologie und sexuelle Funktionsstörungen

Urologische Abteilung

Krankenanstalt Rudolfstiftung Wien

E-Mail: [florian.wimpissinger@gmx.at](mailto:florian.wimpissinger@gmx.at)

uro120300