

Journal für

Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Interview zum Thema "Sildenafil in
Kombination mit Testosteronangel"**

Lenk VS

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2003; 10 (4)

(Ausgabe für Deutschland), 25-26

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



INTERVIEW ZUM THEMA „SILDENAFIL IN KOMBINATION MIT TESTOSTERONGEL“

Interview mit Prof. Dr. med. Volker Severin Lenk, Leiter der Urologischen Poliklinik, Klinik und Poliklinik für Urologie, Standort Campus Charité Mitte, Berlin, zu einer aktuellen Studie [1], die den Effekt einer gleichzeitigen Gabe von Sildenafil mit 1 %-Testosteron-Gel (5 g) bei hypogonadalen Männern mit erektiler Dysfunktion untersuchte.



Ein niedriger Testosteronspiegel ist offensichtlich bei manchen Männern ursächlich für die unzureichende Wirkung von Sildenafil. Durch die zusätzliche Applikation eines Testosteron-Gels läßt sich in vielen Fällen das gewünschte Ziel erreichen. Eine aktuelle Studie aus den USA weist für die Kombination eine deutlich gesteigerte Erektions- und Orgasmusfähigkeit aus. Professor Severin Lenk aus Berlin nimmt Stellung zu den Ergebnissen und beleuchtet Nutzen und Risiken des „dualen Vorgehens“.

1) Das „Können“ mit Viagra®, das „Wollen“ mit Androtop® Gel – könnte das ein neues Patentrezept werden?

Das schlechte Ansprechen von Phosphodiesterase-V-Inhibitoren bei hypogonadalen Männern mit ED basiert auf der Tatsache, das die Stickoxyd-vermittelte Neurotransmission der Erektionsreize testosteronabhängig sein kann. Andererseits ist die Libido erforderlich, um ein erfolgreiches Ansprechen von Sildenafil zu erzielen. Die Libido wiederum ist abhängig vom Serumspiegel des bioverfügbaren Testosteron. Deshalb war es Anliegen der Studie (Abstract 954, AUA Meeting 2003) zu untersuchen, ob bei Patienten mit durch eine Testosteronmangelbedingte ED und Nichtansprechen auf Sildenafil allein bei zusätzlicher Gabe von Testosteron-Gel 1 % (z. B. Androtop® Gel) ein besserer Response erzielt werden kann. Im Vergleich mit einer Placebogruppe kam es zu

einem signifikant besseren Response auf Sildenafil (Verbesserung der erektilen Funktion, des Orgasmus, des allgemeinen Wohlbefindens sowie der Scores).

2) Wie hoch liegt nach Ihren Erfahrungen der Prozentsatz von Patienten, die auf Sildenafil nicht oder nicht ausreichend ansprechen? Und wie viele davon weisen einen erniedrigten Testosteronspiegel auf?

Wenn man über das Ansprechen oder Nichtansprechen eines PDE-V-Inhibitors, hier am Beispiel des Sildenafil, diskutiert, muß man sowohl die Ursache als auch die Schwere (leicht, moderat, schwer) der Erektionsstörung berücksichtigen. Insgesamt sprechen ca. 30 % aller Patienten nicht oder nicht ausreichend auf Sildenafil an. Patienten mit psychogener Ursache der ED oder leichten arteriellen Durchblutungsstörungen der penilen Gefäße erreichen in 80–90 % der Fälle nach Einnahme von Sildenafil eine für den Geschlechtsverkehr ausreichende Erektion.

Bei den Sildenafil-Versagern ist in ca. 1 % ein Testosteron-Mangel-Syndrom (TMS, Gesamt-Testosteron < 11 nmol/l bzw. 300 ng/dl) nachweisbar. Die häufigsten Versager bei Sildenafil treten nach Radikal-Operationen im kleinen Becken, z. B. nach radikaler Prostatovesikulektomie wegen Prostatakarzinom, und bei Patienten mit fortgeschrittenem Diabetes (Mikroangiopathie, periphere Neuropathie) auf.

3) In die US-Studie gingen Männer mit überwiegend moderatem bis mildem Testosteronmangel ein, die Erektionsprobleme waren gemischter Ursache. Sind die Ergebnisse der Kombinationstherapie für Sie überraschend?

Die Ergebnisse der Studie können auch bei unseren Patienten mit ED und Hypogonadismus bestätigt werden und sind somit nicht überraschend. Es ist richtig, daß relativ wenige Patienten eine ausschließlich durch Testosteronmangel bedingte ED aufweisen, meist kommen noch zahlreiche andere Faktoren (vaskulär, neurogen, psychogen) hinzu. Bei zusätzlichen Ursachen zum Hormonmangel kann Testosteron-Gel allein nicht helfen, andererseits macht ein ausreichender Testosteronspiegel eine effiziente Wirkung von Sildenafil erst möglich.

4) Liegen Erfahrungen zu dieser Kombination in Deutschland vor? Ist eine Langzeittherapie denkbar? In welcher Form?

Einzelne Erfahrungen in dieser Kombination in Deutschland gibt es nur in wenigen Zentren. Dazu ist die Zahl der Fälle zu gering. Auch die amerikanische Studie ist eine Multi-centerstudie. Eine Langzeitbehandlung mit Testosteron ist bei Beachtung der Indikationen, Kontraindikation und bei ausreichender Compliance der Patienten im Rahmen der Surveillance denkbar. Am günstigsten erscheint dabei eine Testosteron-

applikation mit gleichmäßigen Serumspiegeln über einen langen Zeitraum, z. B. mit Androtop® Gel.

5) Ab welchen Testosteronspiegeln würden Sie eine derartige Therapie in Betracht ziehen? Welche Risiken sind abzuklären, welche Nebenwirkungen zu erwarten?

Hier ergibt sich die Antwort einerseits aus der Definition des Testosteronmangels (siehe Punkt 2) sowie immer in Verbindung mit der klinischen Symptomatik wie ED. Für die Langzeittherapie gelten auch hier die

Risiken der Testosteronsubstitution, vorrangig die Aktivierung eines klinisch latenten Prostatakarzinoms. Weitere Nebenwirkungen können Polyzythämie, Thrombosen und Schlafapnoe sein.

6) Welche Patienten würden Sie definitiv ausschließen?

Immer auszuschließen sind Patienten mit einem Prostatakarzinom, sehr großer Drüse bei benigner Prostatahyperplasie (BPH), erhöhtem Serum-PSA-Wert > 4 ng/dl oder im Verlauf auftretender PSA-Anstieg.

Literatur:

1. Ridwan Shabsigh et al. Testosterone replacement therapy with testosterone-gel 1 % converts sildenafil nonresponders to responders in men with hypogonadism and erectile dysfunction who failed prior sildenafil therapy. J Urol 2003; 169 (4, Suppl).

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)