

Ejaculatio praecox: Mehr Zeit zwischen Penetration und Ejakulation gewinnen

— Beim Geschlechtsverkehr liegt die mittlere Verweildauer des Penis in der Scheide bei 5,4 Minuten. Bei 20 % der Männer kommt es aber schon innerhalb der ersten Minute oder noch vor Penetration zum Samenerguss. Mit dem Desensibilisierungsspray Fortacin® – zugelassen zur Behandlung des primären vorzeitigen Samenergusses bei erwachsenen Männern – lässt sich gegensteuern. Mit dem Spray lässt sich die Zeitdauer zwischen Penetration und Ejakulation um das 5,5-fache erhöhen.

Der Desensibilisierungsspray wird mindestens fünf Minuten vor dem Geschlechtsverkehr auf den Bereich der Eichel gesprüht. Die Lokalanästhetika reduzieren die Penis-sensitivität und erhöhen so die Latenzzeit bis zur Ejakulation ohne das Gefühl beim Orgasmus negativ zu beeinflussen. Die rasche und gleichzeitig anhaltende Wirkung ist auf die Kombination der beiden unterschiedlichen Lokalanästhetika zurückzuführen: Lidocain wirkt binnen weniger Minuten bei mittlerer Wirkdauer. Der Effekt von Prilocain tritt dagegen langsamer ein, hält aber länger an. Da die beiden Lokalan-

ästhetika in eutektischer Mischung flüssig vorliegen, sind außer dem Treibgas keine weiteren Hilfsstoffe erforderlich.

Die klinische Wirksamkeit des Desensibilisierungssprays wurde bei Männern mit Ejaculatio praecox in zwei multizentrischen, randomisierten, doppelblinden, und placebo-kontrollierten Studien über zwölf Wochen gezeigt [Dinsmore W et al. BJU Int. 2009; 103: 940-9, Carson C et al. J Sex Med. 2010; 7: 3179-89]. Die Zeit bis zur Ejakulation nach Penetration („intra vaginal ejaculatory latency time“, IELT) erhöhte sich während der dreimonatigen Doppelblindphase un-

ter Verum von 0,6 Minuten auf 3,2 Minuten (Placebo: 0,56 Minuten auf 0,94 Minuten), entsprechend einer 3,3-fachen Verzögerung der Ejakulation gegenüber Placebo und einer 5,5-fachen Verzögerung gegenüber dem Ausgangswert. Zudem verbesserte sich die Kontrolle über die Ejakulation. Der Leidensdruck nahm deutlich ab. Als Nebenwirkungen traten bei Männern und Frauen am häufigsten genitale Hypoästhesien auf (4,5 % und 1,0 %), bei den Männern auch eine erektile Dysfunktion (4,4 %). Die Nebenwirkungen waren mild bis moderat.

Dr. Beate Fessler

Produktlaunch „Fortacin: Ejaculatio praecox – weit verbreitet und doch ein Tabuthema“, München, 24.4.2018; Veranstalter: Recordati

Vorzeitigem Samenerguss kann mit einer Kombination von Lidocain plus Prilocain entgegengewirkt werden.



© Sadeugra / iStock

Update Testosteronsubstitutionstherapie

— Vor dem Hintergrund der aktualisierten Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Urologie (EAU) „Männlicher Hypogonadismus“ stellt sich die Frage, ab welchen Werten eine Testosteronsubstitutionstherapie (TRT) indiziert ist. Wie Prof. Ulrich Wetterauer, ärztlicher Direktor der Klinik für Urologie am Universitätsklinikum in Freiburg, erläuterte, besteht eine Indikation für eine TRT bei funktionellem Hypogonadismus bei älteren Patienten mit deutlichen klinischen Beschwerden und einem nachgewiesenen Testosteronmangel. Der Mangel sollte anhand von mindestens zwei Laborwertkontrollen verifiziert worden sein, und zuvor müssten sich alle Versuche zur Gewichtsreduktion, zur Änderung des Lebensstils und zur Behandlung von Komorbiditäten als vergeblich erwiesen haben [Dohle GR et al. J of Reprod Med. 2018;15(2): 71-88].

Ein einzelner niedriger Serum-Testosteronwert ist nicht ausreichend, um einen Hypogonadismus zu diagnostizieren. Bis zu 30 % der Männer mit Testosteronwerten im schwach hypogonadalen Bereich zeigen bei wiederholten Messungen normale Serumwerte, so Prof. Wetterauer [Brambilla DJ et al. Clin Endocrinol. 2007; 67: 853-62.]. Die Serum-Testosteronwerte unterliegen einem zirkadianen Rhythmus mit physiologisch deutlich niedrigeren Serumspiegeln am Nachmittag und frühen Abend [Diver MJ et al. Clin Endocrinol. 2003; 58: 710-7].

Innerhalb einer TRT sollten bei älteren Männern Serum-Testosteronwerte im unteren bis mittleren Normbereich (300 ng/dl bis 400 ng/dl) angestrebt werden, bei jüngeren Männern im mittleren Normbereich (400 ng/dl bis 700 ng/dl) [Nieschlag E et al. The Aging Male 2005; 8(2): 56-8, Bhasin S et

al. J Clin Endocrinol Metab. 2006; 91(6): 1995-2010].

Um den gewünschten Testosteronspiegel zu erreichen, ist eine individualisierte TRT unerlässlich, die im Zuge des Monitorings (dritter, sechster und zwölfter Monat, dann jährlich) auch Dosisanpassungen erfordern kann, da jeder Patient individuell auf eine bestimmte Menge Testosteron reagiert, betonte Prof. Wetterauer. Eine Testosterontherapie (z.B. Testogel® Dosiergel 16,2 mg/g) im mittleren Normbereich reduziert das Risiko für MACE („major cardiovascular events“) [Cheetham et al. JAMA Intern Med. 2017; 177(4): 491-9]. In der aktualisierten Leitlinie sind BPS (benignes Prostatasyndrom), LUTS („lower urinary tract symptoms“) und Schlafapnoe nicht mehr als Kontraindikationen aufgeführt.

Dr. Christine Willen

Fortbildungsveranstaltung „Männergesundheit in der Praxis“, München, 8.–9.6.2018; Veranstalter: Dr. Kade/Besins Pharma