

UroGramm

3

Aktuelles aus der Klinik für Urologie und Urologische Onkologie



**Liebe Kolleginnen
und Kollegen,
liebe Leserinnen und
Leser,**

mit der neuen Auflage
möchten wir Sie über Ver-
änderungen in unserer
Abteilung und innovative
Diagnostik informieren,

aber auch weiterführende fachliche Informati-
onen an die Hand geben. Neben der Inbetrieb-
nahme zweier neuer volldigitaler Röntgensy-
steme zur minimal-invasiven Steintherapie
freuen wir uns zusammen mit unseren Patienten
besonders über die Einweihung der neuen
urologischen Station 16 mit modernen, kom-
fortablen Ein-, Zwei- und Dreibettzimmern.
Gerne nehmen wir Ihre Anmerkungen oder
auch kritischen Kommentare entgegen.

Ihr Markus A. Kuczyk

THEMENÜBERSICHT

Die Urologie der MHH nimmt zwei volldigitale interventionelle Röntgensysteme in Betrieb	2
C-TRUS ANNA – ein optimiertes Analyseverfahren zur Diagnose des Prostatakarzinoms	3
Vorbeugung und Behandlung urologischer Erkrankungen aus ernährungsphysiologischer Sicht	4
Neuigkeiten aus der Klinik	6
Klinische Studien	7
Update: Optionen der Pharma- kotherapie der Ejaculatio praecox	8
Endo PAT-2000 – ein innovatives Diagnoseverfahren zur nichtinvasiven Messung der Endothelfunktion	11
Wichtige Kontaktinformationen	12



DIE UROLOGIE DER MHH NIMMT ZWEI VOLLDIGITALE INTERVENTIONELLE RÖNTGENSYSTEME IN BETRIEB



Bereits im Dezember 2010 wurde das erste der beiden volldigitalen, interventionellen Röntgensysteme UroDiagnost Eleva der Firma PHILIPS in Betrieb genommen. Die Übergabe des zweiten Röntgensystems fand im April dieses Jahres statt. Mit beiden Röntgensystemen kann das gesamte Spektrum endourologischer Untersuchungen und Interventionen durchgeführt werden. Die einzigartige Geometrie garantiert höchste Projektionsflexibilität, Komfort und Sicherheit. Alle Anwendungen können ohne Umlagerung des Patienten durchgeführt werden. Beide Röntgensysteme lassen sich mit einer Stosswelle der Firma STORZ MEDCAL zur Lithotripsie (ESWL) kombinieren. Mit dem Modulith SLK können alle Indikationen zur extrakorporalen Stosswellenlithotripsie abgedeckt werden. Die Steinortung kann sowohl mittels Durchleuchtung als auch sonographisch gesteuert erfolgen. Die moderne Stosswelle selbst zeichnet sich durch einen großen Energiebereich für alle Indikationen, eine hohe Eindringtiefe sowie eine große Koppelfläche für eine schmerzarme Behandlung aus.



Dr. Inga Peters

Kontaktinformation:

Dr. Inga Peters

Mail: peters.inga@
mh-hannover.deC-TRUS Sprechstunde
Terminvereinbarung unter:
Gesetzlich Versicherte**Tel.:** 0511-532-3647
(Frau Wollmann)

Privat Versicherte

Tel.: 0511-532-5847
(Frau Linde)

ZIELGERICHTETE PROSTATASTANZBIOPSIE ZUR DIAGNOSE DES PROSTATAKARZINOMS DURCH OPTIMIERTES ANALYSEVERFAHREN – C-TRUS ANNA AN DER MHH

Das Diagnoseverfahren C-TRUS ANNA wurde von Herrn Prof. Dr. med. Tillmann Loch, Chefarzt der Urologie in der Ev.-Luth. Diakonissenanstalt in Flensburg entwickelt. Es ermöglicht eine präzisere Diagnostik des Prostatakarzinoms durch eine spezielle computer-gestützte Analyse von transrektalen Ultraschallbildern der Prostata und im Nachfolgenden eine „gezielte“ Probeentnahme aus den markierten und auffälligen Läsionen der Prostata. ANNA steht für „artifizielles neuronale Netzwerkanalyse“ und basiert auf einer großen Reihe von histopathologisch gesicherten Vergleichen zwischen Ultraschallbildern und Prostatapräparaten nach radikaler Prostatektomie. Diese komplexen Daten werden bei der Verarbeitung der Ultraschallbilder herangezogen und das System projiziert seine Auswertungen mit roten Markierungen auf die vorliegenden Aufnahmen. Nun ist eine gezielte Prostatastanzbiopsie durch den behandelnden Arzt problemlos möglich. Die signifikante Erhöhung der Treffsicherheit konnte in mehreren Studien belegt werden.

Für diese Untersuchung kommen insbesondere Patienten infrage, bei denen eine oder mehrere negative Stanzbiopsien bei bleibender PSA – Erhöhung im Vorfeld erfolgten. In der ersten Sitzung wird ein transrektaler Ultraschall durchgeführt. Diese Bilder werden online an den ANNA C-TRUS Zentralserver zur Analyse weitergeleitet. Anhand der ausgewerteten und markierten Bilder können wir nun eine gezielte Biopsie (12fach) durchführen. Die Auswertung der Ergebnisse und die Planung des weiteren Procederes erfolgt dann über den behandelnden niedergelassenen Kollegen oder auch gerne in unserer C-TRUS-ANNA Sprechstunde.

Gerne beraten wir Patienten in unserer C-TRUS ANNA Sprechstunde. Dazu bitten wir um Terminvereinbarung in unserer Urologischen Poliklinik mit dem Hinweis: C-TRUS-ANNA. Weitere Informationen finden Sie auch im Internet unter: www.anna-ctrus.de oder auf unserer Homepage: www.prostatazentrumhannover.de.



PD Dr. E. Waldkirch

Kontaktinformation:**Mail:** waldkirch.eginhard@
mh-hannover.de**Tel:** 0511-532-2139**Fax:** 0511-532-8437

in Kooperation mit:

Dr. rer. nat. J. Sonnenberg

Dipl. Biochemiker

Feodor-Lynen-Str. 35

30625 Hannover

VORBEUGUNG UND BEHANDLUNG UROLOGISCHER ERKRANKUNGEN AUS ERNÄHRUNGSPHYSIOLOGISCHER SICHT

Es ist allgemein akzeptiert, dass eine ausgewogene Ernährung die Gesundheit und das Wohlbefinden des Menschen steigert. Doch aus welchen Nahrungsmitteln und deren Inhaltsstoffen eine gesunde Ernährung besteht, darüber ist in der Bevölkerung nur relativ wenig bekannt. Das Wissen über die Entstehung von Krankheiten hat sich in den letzten Jahren vervielfacht. So geht man heute davon aus, dass eine Erkrankung durch erbliche Faktoren, Stoffwechseleränderungen, Ernährung, Mikroorganismen und Umweltfaktoren ausgelöst werden kann.

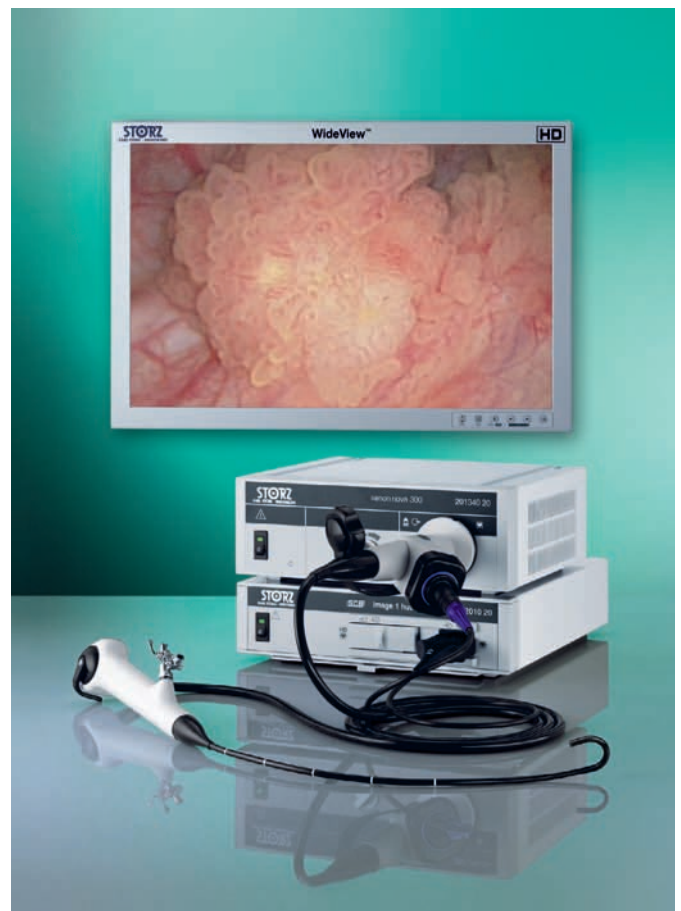
Die allermeisten Erkrankungen haben jedoch nicht nur eine der o.g. Ursachen, sondern entwickeln sich aufgrund einer Entgleisung des komplexen Wechselspiels mehrerer der o.g. Faktoren. Diese komplexe Regulation der einzelnen Komponenten ist bis heute nicht oder nur untergeordnet geklärt. Eine wichtige Schnittstelle des Menschen mit seiner Umwelt besteht aus der Nahrung. Das falsche oder übermäßige Ernährung krank macht, ist weitläufig aus den Beispielen Vitaminmangel-Erkrankungen, Adipositas, Altersdiabetes, Gefäßerkrankungen etc. bekannt. Aber auch Tumorerkrankungen werden heute auf eine nicht adäquate Ernährung zurückgeführt. Eine sehr eindrucksvolle Einschätzung der Risikofaktoren für die Entstehung einer Krebserkrankung stammt aus dem Jahre 2004 aus den USA. Neben dem Tabakrauch nimmt die Ernährung mit 35 % den größten prozentualen Anteil an den Risikofaktoren ein, die die Entstehung von Tumorerkrankungen begünstigen. Im Umkehrschluss heißt das, dass viele Erkrankungen über eine angepasste Ernährung positiv beeinflusst werden können.

Aus urologischer Sicht gehören hierzu das Prostatakarzinom und die Urolithiasis. Darüberhinaus könnten die erektile Dysfunktion, die benigne Prostatahyperplasie und Blasen-funktionsstörungen eine diätetische Komponente haben. Insbesondere im Rahmen der Therapie der erektilen Dysfunktion spielt die Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren, die Optimierung von Glucosewerten und des Blutdruckes, Sport, körperliche Bewegung, Ernährung und Nikotinkarenz eine wesentliche Rolle. Der Einfluss körperlicher Aktivität auf die Endothelfunktion ist gut dokumentiert. Ebenso existieren eine Reihe gefäßaktiver

Nahrungsbestandteile, die einen positiven Nettoeffekt auf die Endothelfunktion und den Gefäßwiderstand haben. Hierzu gehören neben den Omega-3-Fettsäuren, Antioxidanzien (Polyphenole, Vitamin C, Vitamin E), Folat (z.B. grünes Blattgemüse oder Orangensaft), L-Arginin (Sojabohnen, Hülsenfrüchte, Nüsse) oder Isoflavone (Sojabohnen oder roter Klee). Während kohlenhydratreiche Kost zu einer Verschlechterung der Endothelfunktion und zu einer Erhöhung des Gefäßwiderstandes beitragen kann, haben hingegen fettarme oder mediterrane Kost (Olivenöl, Fisch, Obst, Gemüse, Wein, Nüsse) einen positiven Effekt. Im Rahmen der medikamentösen Therapie kardiovaskulärer Risikofaktoren spielen insbesondere die Lipidsenkung (Statine) und der Einsatz von ACE-Hemmern (Quinapril) eine wesentliche Rolle und können u.U. zu einer Rückführung der endothelialen Dysfunktion beitragen.

Schärfen Sie Ihren Blick

Das KARL STORZ Video-Cysto-Urethroskop



UFC 58.1/0/08/A

STORZ
KARL STORZ—ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

KARL STORZ GmbH & Co. KG
Mittelstraße 8, 78532 Tuttlingen, Germany, Postfach 230, 78503 Tuttlingen, Germany
Tel.: +49 (0)7461 708-0, Fax: +49 (0)7461 708-105, E-Mail: info@karlstorz.de
Web: www.karlstorz.com



PD Dr. med. M. Oelke,
Ltd. Oberarzt der Klinik



PD Dr. med. H. Tezval,
Oberarzt



PD Dr. med. E. Waldkirch,
Oberarzt

NEUIGKEITEN AUS DER KLINIK

■ Best published paper 2010 European Urology

- Herr Dr. Kramer und Kollegen haben auf der Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Urologie (EAU) im März 2011 in Wien für ihre Arbeit mit dem Titel „HYAL-1 hyaluronidase: a potential prognostic indicator for progression to muscle invasion and recurrence in bladder cancer.“ (Eur Urol 2010;57:86-94.) den o.g. Preis in der Rubrik „residents corner“ erhalten.



Dr. med. Mario Kramer
Assistenzarzt

■ Habilitation PD Dr. Oelke und PD Dr. Tezval

- Herr PD Dr. Oelke und Herr PD Dr. Tezval konnten im Februar 2011 den Abschluss ihres Habilitationsverfahrens mit der Antrittsvorlesung feiern.

■ Habilitation PD Dr. Waldkirch

- Herr PD Dr. Waldkirch erreichte im März 2011 den Abschluss seines Habilitationsverfahrens.

■ Wir begrüßen neue Kollegen

- Seit August 2010 verstärken Frau Dr. Labenski und Frau Vasconcelos tatkräftig das Team der Klinik. Frau Dr. Labenski hat ihr Studium an der MHH absolviert. Frau Vasconcelos war in Rio de Janeiro, Brasilien neben ihrer Tätigkeit als Allgemeinärztin im Bereich der klinisch-urologischen Forschung mit Schwerpunkten in der Kinderurologie und Uroonkologie tätig.
- Frau Dr. Peters ist seit November 2010 neues Mitglied des Teams. Sie hat nach Abschluss ihres Studiums zunächst in der Neurochirurgie in Bonn

gearbeitet bevor sie nach Hannover in die Urologie wechselte.

■ Oberärzte

- Herr PD Dr. Tezval und Herr Dr. Imkamp sind seit Februar 2011 Oberärzte.



PD Dr. med. H. Tezval,
Oberarzt



Dr. med. Florian Imkamp,
Oberarzt

AKTUELLE STUDIENÜBERSICHT

Onkologische Studien

■ Prostata-CA

Erstlinien Therapie

■ PCa ohne Fernmetastasen

- **MDV 3100:** Phase-II-Studie. Patienten mit hormonnaiven Prostatakarzinom. Alle Patienten bekommen oral MDV 3100. (Start Juli 2011)

■ HRPCa mit Fernmetastasen

- **Oncogenex:** Phase-III-Studie, die in der First-Line Standardtherapie mit Docetaxel/ Prednisolon gegen eine Kombination aus Docetaxel/ Prednisolon und Custirsen (OGX-011) bei met. HRPC behandelt werden (1:1).
- **Prevail:** Phase-III-Studie. Für chemotherapie-naive Patienten mit progressiven metastasierendem Prostatakrebs, bei denen die Androgen entzugstherapie erfolglos war. Prüfmedikament: oral MDV 3100. (Start Juni 2011)
- **Orteronel C21004:** Phase- III-Studie für Patienten mit met. HRPC. Prüfmedikament/ Prednisolon vs. Placebo/ Prednisolon, mit Orteronel (1:1).(Start Juni 2011)

Zweitlinien Therapie

- **Orteronel C21005:** Phase- III-Studie für met. HRPC Patienten mit Therapieversagen nach mindestens 6 Zyklen Doxetaxel/Prednisolon, mit Orteronel vs. Prednisolon/Placebo (2:1). (Start Juni 2011)

■ Nierenzellkarzinom

Erstlinien Therapie

■ Nierenzellkarzinom ohne Metastasen

- **Protect-Studie:** Phase- III-in der adjuvanten Therapie des lokalen oder lokal fortgeschrittenen

Nierenzellkarzinoms im direkten Anschluss nach Nephrektomie, mit Pazopanib/ Placebo. Der Studieneinschluss sollte vor der Nephrektomie erfolgen.

■ Nierenzellkarzinom mit Metastasen

- **RCC Switch-Studie,** IIT-Studie, Sorafenib vs. Sunitinib, Sunitinib vs. Sorafenib.

■ OAB

- **Pfizer A0221095:** Phase- IV-Studie, für Patienten mit OAB zum Nachweis/ Vergleich der Wirksamkeit Fesoterodine 8mg vs. 4mg. Fesoterodine. (Start Juli 2011)

■ Erektile Dysfunktion

- **Lilly-ED-Studie (Phase IV):** bei Männern bis 65 Jahre, die eine nerverhaltende rad. Prostatektomie erhalten, Tadalafil vs. Placebo (2:1).



Frau Marina Akkermann,
Study nurse



Frau Heike Böker,
Study nurse

Kontaktinformation klinische Studien:

Telefon: 0511-532-3665

Email: Akkermann.Marina@mh-hannover.de
Böker.Heike@mh-hannover.de
Bergen.Nadja@mh-hannover.de

Notfalltelefon: 0176-15327044



Priv.-Doz. Dr. rer. biol. hum.
Stefan Ückert

Kontaktinformation:

Priv.-Doz. Dr. rer. biol. hum.
Stefan Ückert
Arbeitsgruppe Andrologie
& Reproduktionsmedizin

Tel: 0511-532-3437

Fax: 0511-532-8437

UPDATE: OPTIONEN DER PHARMAKOTHERAPIE DER *EJACULATIO PRAECOX*

Der vorzeitige Samenerguss (*Ejaculation praecox* = EP) ist definiert als die mangelhafte subjektive Kontrolle über den Zeitpunkt der Emission der Samenflüssigkeit. Grundlage der Diagnose und Definition der EP ist die Bestimmung der Ejakulations-Latenzzeit (*Intravaginal Ejaculation Latency Time* = IVELT), welche als das Zeitintervall zwischen der vaginalen Penetration durch den Penis und der Ejakulation beschrieben ist. Eine IVELT von weniger als 60 sec. in mehr als 90% der GV-Ereignisse gilt als behandlungsbedürftige EP, dieses ist unabhängig vom Lebensalter des Mannes. In den Industrienationen der westlichen Hemisphäre ist die EP neben der Erektile Dysfunktion die häufigste sexuelle Funktionsstörung des Mannes, die Prävalenz in der erwachsenen männlichen Bevölkerung ist mit bis zu 32% angegeben [1]. Für die Therapie der EP-Symptomatik stehen heute neben den klassischen Verhaltenstherapien (Entspannungsübungen mit dem weiblichen Partner) auch pharmakologische Wirkstoffe zur Verfügung.

Lokalanästhetika und Medikamente mit analgetischer und zentral dämpfender Wirkung (lokal/zentral wirkende Analgetika, Serotonin Reuptake Inhibitoren)

Die lokale (topische) Anwendung von Betäubungsmitteln zur Behandlung der EP wurde bereits vor mehr als 15 Jahren, im Jahr 1995, etabliert. Anästhesierend wirkende Substanzen wie Prilocain oder Lidocain, die in Form von gelförmigen Zubereitungen oder Aerosolen auf die Glans penis aufgetragen/aufgesprüht oder in den vorderen (distalen) Teil der Harnröhre eingebracht werden, können die penile Sensitivität vermindern [2,3]. Auch die Gabe von Medikamenten mit einer antidepressiven oder allgemein dämpfenden Wirkung ist beschrieben. Großes therapeutisches Potential sieht man in Wirkstoffen aus der Gruppe selektiver Inhibitoren der Wiederaufnahme des Neurotransmitters Serotonin (selektive Serotonin Reuptake-Inhibitoren = SSRI). Serotonin (5-HT) wird als Reaktion auf einen neuronalen Reiz von Nervenzellen freigesetzt, diffundiert durch den synaptischen Spalt und bindet an spezifische Rezeptoren auf der Oberfläche der postsynaptischen Zellen (z.B. glatte Muskelzellen). Steigende 5-HT-Konzentrationen im synaptischen Spalt aktivieren Rezeptoren des Typs 5-HT_{1A} und 5-HT_{1B} des 5-HT sezernierenden Neurons, welche die Wiederaufnahme des Transmitters durch die präsynaptische Membran vermitteln. SSRI blockieren diese Autorezeptoren-Reaktion und führen so zu einer latenten Erhöhung

der Konzentration von 5-HT im synaptischen Spalt. Es ist bekannt, dass 5-HT und seine zellulären Rezeptoren an der Kontrolle des Ejakulationsmechanismus beteiligt sind. Während die Aktivierung des 5-HT_{2C}-Rezeptors durch geeignete Agonisten die Ejakulationsreaktion verzögert, beschleunigt die Aktivierung des 5-HT_{1A}-Rezeptors die Ejakulationsreaktion. Diese Beobachtungen unterstützten die Vermutung, dass eine beeinträchtigte serotoninerge Neurotransmission eine neurobiologische Kausalität der EP sein könnte. Die Verwendung von SSRI wie Clomipramin, Paroxetin, Sertralin oder Fluoxetin in der Therapie der EP erfolgte bisher zwar *off label* – d.h., ohne dass eine Zulassung für die Verwendung der Substanzen in dieser Indikation vorlag -, aber auf der Grundlage von Empfehlungen und Richtlinien internationaler urologischer Fachgesellschaften wie der European Association of Urology (EAU) und American Urological Association (AUA) [4]. Gegenwärtig ist der SSRI Dapoxetin (PRILIGY[®], Janssen Cilag GmbH, Neuss) das erste und einzige in den Staaten der EU offiziell zugelassene Medikament zur Behandlung der PE. Doppel-blinde, Plazebo-kontrollierte klinische Studien haben gezeigt, dass die Einnahme einer Einzeldosis des Wirkstoffs (30 mg – 60 mg, etwa 2 Std. bis 3 Std. vor dem Beginn der sexuellen Aktivität) die mittlere IVELT signifikant verlängern kann [5,6].

Im Gegensatz zu Dapoxetin, das aufgrund seiner Wirkung auf Serotonin-abhängige Mechanismen im zentralen Nervensystem antidepressive Effekte hat, ist Tramadol ein Opiat-Agonist mit analgetischer Wirkung. In einem Kollektiv von 30 Patienten mit einer EP führte die Gabe von Tramadol (25 mg on demand, d.h. etwa 1 Std. bis 2 Std. vor dem Geschlechtsverkehr) über einen Zeitraum von 8 Wochen zu einer Zunahme der IVELT von $1,17 \pm 0,39$ min. auf $7,37 \pm 2,53$ min. [7]. Die klinische Effektivität muss jedoch in Relation zu dem mit der regelmäßigen Einnahme

des Analgetikums verbundenen Risiko der Entwicklung einer Abhängigkeit gesehen werden.

Phosphodiesterase 5 (PDE5)–Inhibitoren

Die sich die Anwendung von psychoaktiven Substanzen wie SSRI oder Opiat-Agonisten in der klinischen Praxis durchaus schwierig gestalten kann, besteht nach wie vor Interesse an der Identifizierung neuer Wirksubstanzen, die effektiv und ohne Limitierungen in der Pharmakotherapie der EP eingesetzt werden können. Das komplexe System endogener Mediatoren (Rezeptoren, Neurotransmitter, Second Messenger) der Aktivität der glatten Muskulatur des Ejakulationsapparates bietet zahlreiche Möglichkeiten einer pharmakologischen Beeinflussung. Selektive Inhibitoren der Phosphodiesterase 5 (PDE5) werden seit Jahren erfolgreich in der Therapie der Erektile Dysfunktion (ED) eingesetzt, für die im Markt verfügbaren PDE5-Inhibitoren CIALIS[®], VIAGRA[®] und LEVITRA[®] liegen umfangreiche Anwendungserfahrungen vor. Klinische Studien untersuchten in Patienten mit EP–Symptomatik die Effekte von PDE5-Inhibitoren auf die intravaginale Latenzzeit bis zur Ejakulation (IVELT), das Zeitintervall bis zur Emission unter vibrotaktile Stimulation (*vibrotactile stimulation ejaculatory latency time* = VTS–ELT), Änderungen der subjektiven Beurteilung der Ejakulationsreaktion nach dem Index of Premature Ejaculation – Fragebogen (IPE) sowie die postejakulatorische Refraktärphase (*postejaculatory erectile refractory time*). Die Gabe der Substanzen führte zu einer Verbesserung der subjektiven Wahrnehmung der Kontrolle des Ejakulationsreflexes und einer Verlängerung der IVELT von durchschnittlich 15 sec. auf 2 min. bis 3 min. Darüber hinaus wurde auch von einer Reduktion der Refraktärphase bis zur nächsten Erektion berichtet [8,9]. In klinischen Modellen der EP erwies sich außerdem die Kombination eines PDE5-Inhibitors mit einem SSRI der Wirkung der

Monosubstanzen deutlich überlegen [10]. Weitere, an die wesentlichen primären und sekundären klinischen Endpunkte adaptierte multizentrische Studien sind notwendig, um die Effektivität von PDE5-Inhibitoren in der Therapie der PE zu bestätigen.

Gentherapie

Nicht nur den Möglichkeiten der Pharmakotherapie mit Neuroleptika (SSRI) und PDE5-Inhibitoren, auch dem klinischen Potential der Gentherapie gilt gegenwärtig das Interesse der Urologie. Bisher waren vor allem Modelle einer Augmentation der Expression membranständiger Kalium-Kanäle sowie der endothelialen Isoform des Enzyms Stickoxid-Synthase (eNOS) im penilen erektilen Gewebe (Corpus cavernosum penis) Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen [11,12]. Diese Enzyme vermitteln die Relaxation glatter Muskulatur und antagonisieren so die kontraktile Aktivität. Es wird vermutet, dass die normale Funktion der glatten Muskulatur der humanen Samenblasen, das Verhältnis von Kontraktion und Relaxation, von Bedeutung für einen unbeeinträchtigten Ejakulationsmechanismus, einschließlich der seminalen Emission und der subjektiven zeitlichen Kontrolle derselben, ist. Die stabile Transfektion eines für K⁺-Kanäle oder die eNOS kodierenden Vektors in das Gewebe der Samenblasen oder des *Ductus deferens* stellt eine innovative Option in der Therapie der EP dar, ist allerdings dadurch limitiert, dass die Samenblasen aufgrund ihrer Lokalisation im Gegensatz zum Penis für Transfektionsverfahren nur eingeschränkt zugänglich sind.

Literatur

- [1] Althof SE (2006) Prevalence, characteristics and implications of premature ejaculation/rapid ejaculation. *J Urol* 175 (3, Pt 1): 842-848
- [2] Berkovitch M, Keresteci AG, Koren G (1995) Efficacy of prilocaine-lidocaine cream in the treatment of premature ejaculation. *J Urol* 154: 1360-1361
- [3] Carson C, Wyllie M (2010) Improved ejaculatory latency, control and sexual satisfaction when PSD 502 is applied topically in men with premature ejaculation: results of a phase III, double-blind, placebo-controlled study. *J Sex Med* 7: 3179-3189
- [4] Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B (2004) On-demand treatment of premature ejaculation with clomipramine and paroxetine: a randomized, double-blind, fixed-dose study with stopp-watch assessment. *Eur Urol* 46: 510-516
- [5] McMahon CG, Althof SE, Kaufman JM, Buvat J, Levine SB, Aquilina JW, Tesfaye F, Rothman M, Rivas DA, Porst H (2011) Efficacy and safety of dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: integrated analysis of results from five phase 3 trials. *J Sex Med* 8: 524-539
- [6] Safarinejad MR (2008) Safety and efficacy of dapoxetine in the treatment of premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomized study. *Neuropsychopharmacology* 33: 1259-1265
- [7] Salem EA, Wilson SK, Bissada NK, Delk JR, Hellstrom WJ, Cleves MA (2008) Tramadol HCl has promise in on-demand use to treat premature ejaculation. *J Sex Med* 5: 188-193
- [8] Aversa A, Francomano D, Bruzziches R, Natali M, Spera G, Lenzi A (2011) Is there a role for phosphodiesterase type 5 inhibitors in the treatment of premature ejaculation? *Int J Impot Res* 23: 17-23
- [9] Abdel-Hamid IA (2004) Phosphodiesterase 5 inhibitors in rapid ejaculation: potential use and possible mechanisms of action. *Drugs* 64: 13-26
- [10] Mattos RM, Lucon AM (2005) Tadalafil and slow-release fluoxetine in premature ejaculation – a prospective study. *J Urol* 173(4): 239 (Abstract)
- [11] Gur S, Kadowitz PJ, Hellstrom WJ (2008) A review of current progress in gene and stem cell therapy for erectile dysfunction. *Expert Opin Biol Ther* 8: 1521-1538
- [12] Strong TD, Gebska MA, Champion HC, Burnett AL, Bivalacqua TJ (2008) Stem and endothelial progenitor cells in erection biology. *Int J Impot Res* 20: 243-254

ENDO PAT-2000 – EIN INNOVATIVES DIAGNOSE- VERFAHREN ZUR NICHTINVASIVEN MESSUNG DER ENDOTHELFUNKTION



Bei der Diagnostik und Therapie einer Erektionsschwäche (erektilen Dysfunktion, ED) spielen insbesondere kardiovaskuläre Risikofaktoren eine Rolle. Ein Zusammenhang zwischen dem Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis (z.B. Schlaganfall, koronare Herzkrankheit, Myokardinfarkt) und einer bestehenden ED ist zwischenzeitlich etabliert. Die ED gilt als früher Indikator und unabhängiger Risikofaktor für zukünftige kardiovaskuläre Ereignisse. Aus diesem Grund empfiehlt das Princeton Consensus Panel die Untersuchung des kardiovaskulären Risikoprofils bei Patienten mit einer Erektionsschwäche. Der Urologie der MHH steht seit August 2010 das Endo-PAT 2000 der Firma Itamar Medical zur Messung der Endothelfunktion zur Verfügung. Die endotheliale Dysfunktion spielt eine wesentliche Rolle in der Pathophysiologie der ED und gilt als reversible Vorstufe der Atherosklerose. Im Rahmen der Messung der Endothelfunktion kann eine zusätzliche Abschätzung des kardiovaskulären Risikos erfolgen. Bei Patienten mit einer Erektionsschwäche, kardiovaskulären Risikofaktoren (z.B. Framingham Risk Score, Laborwerte) und einer endothelialen Dysfunktion sollte eine weitere kardiologische Abklärung erfolgen.

WICHTIGE ADRESSEN UND TELEFONNUMMERN IN DER KLINIK FÜR UROLOGIE UND UROLOGISCHE ONKOLOGIE

Sekretariat Prof. M. A. Kuczyk

Frau P. Linde, Frau S. Riesmeier

Tel.: +49-511-532-5847

Fax: +49-511-532-5634

E-Mail:

linde.petra@mh-hannover.de

Kliniksekretariat

Frau V. Niemeyer

Tel.: +49-511-532-6673

Fax: +49-511-532-3481

E-Mail:

diskau.jennifer@mh-hannover.de

Urologische Poliklinik

Frau A. Wollmann und Frau A. Jahns

Tel.: +49-511-532-3647

Fax: +49-511-532-8601

E-Mail:

anmeldung.urologie@mh-hannover.de

Allgemeine Sprechstunde

Montag - OP - Tag 8.30 - 13.00

Dienstag - Donnerstag 8.30 - 14.00

Freitag 8.30 - 13.00

Andrologie- und Fertilität-Sprechstunde

Montag 13.00 - 15.00

Onkologie- und PCA-Sprechstunde

Mittwoch 9.00 - 15.00

Inkontinenz Sprechstunde

Donnerstag 9.00 - 12.30

Urodynamik - Tage

Mo/ Di/ Mi/ 7.30 - 15.00

ggf. Freitag bis 12.00

Notfalltelefon

In dringenden Notfällen erreichen Sie uns

24 Stunden am Tag unter:

Tel.: +49-176-15327044

Adresse der Klinik:

Medizinische Hochschule Hannover

Klinik für Urologie und Urologische Onkologie

Carl-Neuberg-Str. 1

30625 Hannover

IMPRESSUM

Schriftleitung:

E. Waldkirch

Verantwortlich für den Inhalt:

Markus A. Kuczyk

Layout und Druck:

MHH, Digitale Medien

April 2011