

Leserbrief: Post-Finasterid-Syndrom

Frage von Dr. J.S. aus F.: >> Ein heute 25jähriger Mann leidet bereits seit dem 20. Lebensjahr an starkem Haarausfall. Nach verschiedenen Therapieversuchen hat er von einem Hautarzt 1 mg/d Finasterid verschrieben bekommen mit dem Hinweis, dieses Medikament bei Nebenwirkungen wieder abzusetzen. Es traten schon innerhalb weniger Woche Probleme mit der Libido auf und nach etwa 4 Monaten auch Depressionen. Zuvor hatte er keine psychischen Probleme gehabt und war stets sportlich und gesellig. Die psychische Situation verschlechterte sich, und er musste stationär behandelt werden; er erhielt zeitweise mehrere Psychopharmaka parallel, auch in hohen Dosierungen. Das Finasterid wurde als möglicher Verursacher der Depressionen abgesetzt. Nach 3 Jahren geht es dem Patienten jetzt besser. Er nimmt noch niedrig dosiert Quetiapin zum Schlafen ein und spritzt sich zweimal wöchentlich humanes Choriongonadotropin (Beta-hCG). Dadurch habe er wieder ein Sexualleben und fühle sich seit Jahren „wieder in seinem Körper zuhause“. Von einem Hormonspezialisten war die Diagnose „Post-Finasterid-Syndrom“ (PFS) gestellt und die Behandlung mit hCG eingeleitet worden. Was ist zu diesem Syndrom bekannt und wie lange sollte diese Therapie fortgesetzt werden? <<

Antwort: << Wir haben bereits 2006, 2013 und 2014 vor einer Behandlung der Glatzenbildung mit Finasterid gewarnt wegen der zu erwartenden sexuellen Funktionsstörungen (verminderte Libido, Impotenz, vermindertes Ejakulatvolumen und Infertilität), hormoneller (Gynäkomastie) und psychiatrischer Nebenwirkungen (Depressionen, Suizidalität, vgl. ^[1]). Unsere Forderung aus dem Jahr 2013 lautete: „Es ist unverantwortlich, dass Finasterid, das so wichtige endokrinologische Schritte hemmt, mit der rein kosmetischen Indikation, der Retardierung der Glatzenbildung beim Mann überhaupt zugelassen wurde und noch immer auf dem Markt ist“. Im Jahr 2018 haben dann auch die Hersteller in einem Rote-Hand-Brief vor sexuellen Funktionsstörungen gewarnt, mit dem Hinweis, dass diese auch nach Absetzen der Therapie länger als 10 Jahre (!) fortbestehen können ^[2]. Offenbar hat das aber nicht dazu geführt, diese Verschreibungspraxis von Finasterid zu verlassen.

Das sog. „Post-Finasterid-Syndrom“ (PFS) bezeichnet einen Zustand, bei dem auch viele Monate nach Absetzen von Finasterid oder anderer 5-Alpha-Reduktase-Inhibitoren die genannten Nebenwirkungen bestehen bleiben, und zwar unabhängig vom Alter des Patienten, der Medikamentendosis oder der Dauer der Behandlung ^[3]. Eine Anerkennung als Erkrankung existiert bislang nicht; da hierfür noch zu viele Unklarheiten bestehen. Verschiedene Selbsthilfegruppen arbeiten jedoch daran, und es werden Schadensersatzklagen gegen die Hersteller geführt, über deren Ausgang uns nichts bekannt ist.

Eine internationale Autorengruppe stellte das PFR 2022 in eine Reihe mit anderen, durch Arzneimittel ausgelöste und anhaltende sexuelle Fehlfunktionen (PSSD = „post-SSRI sexual dysfunction“; PGAD = „persistent genital arousal disorder“; PRSD = „post-retinoid sexual dysfunction“) und hat dafür

diagnostische Kriterien erstellt (s. Tab. 1).

Die pathophysiologischen Vorstellungen zur Entstehung des PFS sind komplex. Die Hemmung der verschiedenen Isoformen der 5-Alpha-Reduktasen durch Finasterid (und auch Dutasterid) beeinflusst nicht nur die Synthese von Dihydrotestosteron (DHT), sondern auch die verschiedener anderer, teils neuroaktiver Steroide^[4]. Aus mehreren Fallserien ergeben sich Hinweise auf anhaltende anatomische und funktionelle Störungen des Penis, von gesunden Vergleichspersonen abweichende Konzentrationen verschiedener neuroaktiver Steroidwerte im Serum und im Liquor und der Qualität der Darmflora. Allerdings ist meist unklar, ob diese Veränderungen schon vor der Behandlung mit Finasterid bestanden. Die Befunde sind auch nicht konsistent. So konnten beispielsweise erniedrigte Androgenspiegel nur bei 3 von 24 Betroffenen nachgewiesen werden (13%;^[5]).

Zu den vielen Theorien zur Entstehung des PFS zählen auch neuroinflammatorische Effekte und eine ausgeprägte Noceboreaktion^[6]. Einige Urologen sind der Meinung, es handle sich beim PFS um ein „mystery syndrome“ wie die Amalgamkrankheit oder die „multiple chemical hypersensitivity“^[7]. Als Gründe für diese Einschätzung werden genannt: die Symptome können biologisch nicht erklärt werden; die Häufigkeit der Konsultationen wegen PFS gehen einher mit der Intensität der Medienberichterstattung darüber; die Hartnäckigkeit, mit der die Betroffenen trotz aller rationalen Argumente an der Erkrankung festhalten, weise auf einen „wahnhaften Aspekt“ hin. Solche Ansichten dürften von den Betroffenen als Zynismus wahrgenommen werden und sind auch nicht mit dem ärztlichen Ethos vereinbar. Ein Kommentar sieht darin eine „vorsätzliche Blindheit und eine betrügerische Methode, um diese Medikamente weiterhin ahnungslosen jungen Männern verschreiben zu können“^[6].

Die Behandlung des PFS ist ebenso unklar wie die Pathogenese. Einige Urologen versuchen, bei niedrigen Testosteron-Spiegeln Testosteron zu substituieren, und bei fehlenden Vorläuferhormonen auch hCG^[8]. Das ist pathophysiologisch wenig einleuchtend; es handelt sich um individuelle Heilversuche, die bei jedem Patienten wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden sollten. Entsprechend kann auch zur Dauer dieser Behandlung bei dem jungen Mann keine Empfehlung gegeben werden. Es sollte aber jeder einzelne Fall mit PFS ernst genommen und sehr sensibel und gründlich behandelt werden, um den jungen Männern eine Chance auf Heilung zu ermöglichen. Unabhängig davon, ob man an die Existenz des PFS glaubt oder nicht, sollte auch jeder Verdachtsfall den Behörden gemeldet werden. <<

Tabelle 1

Diagnostische Kriterien für das PFS, nach^[9]

Erforderlich

1. Vorherige Behandlung mit einem 5-Alpha-Reduktase-Hemmer.
2. Anhaltende sexuelle Funktionsstörung nach Beendigung der Behandlung.

Zusätzlich

3. Anhaltende Verminderung oder Verlust des sexuellen Verlangens.
4. Anhaltende erektile Funktionsstörung.
5. Anhaltende Verminderung des genitalen und orgasmischen Empfindens.
6. Die Probleme halten ≥ 3 Monate nach Beendigung der Behandlung an.

Ausschluss

7. Sexuelle Funktionsstörungen, die bereits vor der Einnahme des Medikaments bestanden haben und die der aktuellen Symptomatik entsprechen.
8. Es dürfen aktuell keine Erkrankungen bestehen, die die Symptome erklären.
9. Es darf aktuell kein Medikamenten- oder Substanzmissbrauch bestehen, der die Symptome erklären könnte.
10. Es darf kein Medikamenten- oder Substanzmissbrauch bestanden haben, der die Symptome erklären könnte.

Weitere Merkmale können auf Finasterid zurückzuführen sein, ohne dass sie für das PFS diagnostisch sind, wie Gynäkomastie, veränderte Samenmenge und -qualität, kognitive Beeinträchtigungen, Depression, Suizidalität.

Literatur

1. 1. AMB 2006, 40, 40. AMB 2013, 84, 11. AMB 2014, 48, 49. ([Link zur Quelle](#))
2. <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2018/rhb-finasterid.html> ([Link zur Quelle](#))
3. Giatti, S., et al.: Front. Neuroendocrinol. 2024, 72, 101114. ([Link zur Quelle](#))
4. Diviccaro, S., et al.: Neurobiol. Stress. 2019, 12, 100209. ([Link zur Quelle](#))
5. Irwig, M.S.: JAMA Dermatol. 2014, 150, 1361. ([Link zur Quelle](#))
6. Traish, A.: Fert. Ster. 2020, 11, 21. ([Link zur Quelle](#))
7. Trüeb, R.M., et al.: Skin Appendage Disord. 2019, 5, 320. ([Link zur Quelle](#))
8. <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2018/daz-16-2018/neuroaktive-steroid-im-visier> ([Link zur Quelle](#))
9. Healy, D., et al.: Int. J. Risk. Saf. Med. 2022, 33, 65. ([Link zur Quelle](#))