

Gunther Göretzlehner/Christian Lauritzen

Praktische Hormontherapie in der Gynäkologie



Walter de Gruyter
Berlin · New York 1992

Professor Dr. med.
G. Göretzlehner
Ernst-Moritz-Arndt-Universität
Klinik und Poliklinik
für Gynäkologie und Geburtshilfe
Wollweberstraße 1
O-2200 Greifswald

Professor Dr. med.
Ch. Lauritzen
Universitäts-Frauenklinik
Klinik am Michelsberg
Prittwitzstraße 43
7900 Ulm/Donau

Dieses Buch enthält 89 Abbildungen und 126 Tabellen.

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Göretzlehner, Gunther:
Praktische Hormontherapie in der Gynäkologie / Gunther
Göretzlehner ; Christian Lauritzen. – Berlin ; New York :
de Gruyter, 1991
ISBN 3-11-012293-6
NE: Lauritzen, Christian:

© Copyright 1991 by Walter de Gruyter & Co., Berlin 30.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dergleichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, daß solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um gesetzlich geschützte, eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Satz und Druck: Arthur Collignon GmbH, Berlin. – Bindung: Dieter Mikolai, Berlin.

6 Hormontherapie bei gynäkologischen Erkrankungen

6.1 Mamma

6.1.1 Mammahypoplasie

Die Unterentwicklung (Mammahypoplasie) der Brüste ist bei allgemeinem Infantilismus, aber auch bei regelmäßigem biphasischen Zyklus mit normaler Fertilität zu finden. Bei Infantilismus und gleichzeitiger Zyklusanomalie kann durch eine Pseudogravidität oder eine hochdosierte Zweiphasentherapie die bis dahin verzögerte Mammaentwicklung induziert werden. Bei Frauen mit einem normalen Zyklus kann durch Sexualsteroid, gleichgültig ob sie lokal, oral oder parenteral Anwendung finden, in knapp 70% der Fälle eine Vergrößerung der Mammae bis zu 30% des Ausgangsvolumens erreicht werden. Nach Absetzen der Hormonbehandlung besteht eine Tendenz zur Rückbildung der Volumenzunahme. Diese kann durch lokale Behandlung oder Verordnung von Östrogen-Gestagen Sequenzpräparaten vermindert werden. Die Größenzunahme der Mammae beruht auf Zunahme des Fettgewebes, einer verstärkten Wassereinlagerung und einer mäßigen Hypertrophie des Drüsengewebes (Tab. 6.1 und 6.2). Als Gestagene sind Progesteronderivate anzuwenden. Vor Behandlungsbeginn sind die Kontraindikationen für Östrogene und Gestagene auszuschließen.

Tabelle 6.1 Ergebnis der Behandlung der Mammahypoplasie mit einer Pseudogravidität (n = 221) nach Lauritzen (1988)

Beurteilung	Brustvolumen	
	deutlich vergrößert %	nicht deutlich vergrößert %
Objektiv	65,2	34,8
Subjektiv	69,2	30,8

Tabelle 6.2 Subjektive Nebenwirkungen nach einer Pseudogravidität mit Steroidhormonen (n = 221) nach Lauritzen (1988)

Subjektive Nebenwirkungen	1	4	8	12	Wochen
Übelkeit	8	0	0	0	
Kopfschmerzen	2	3	0	0	
Brustspannung	216	203	170	115	
Wadenkrämpfe	4	0	0	1	
Pigmentierung	0	0	2	2	
Striae	0	0	0	1	
Gewichtszunahme (> 2 kg)	0	2	4	7	
gesteigertes Wohlbefinden	118	187	153	168	
Besserung der Leistungsfähigkeit	176	192	166	155	

➔ Dosierungsbeispiele bei Mammahypoplasie und Infantilismus

Oral

1. Sequenzpräparate zyklisch (Östrogendosis > 30 µg Ethinylestradiol oder > 2 mg Estradiolvalerat oder mikronisiertes Estradiol: Eunomin, Cyclosa, Progylut, Nuri-
phasic, Deposiston/Jenapharm, Sequostat/Jenapharm).

2. Pseudogravidität

Es wurde vorgeschlagen:

1. Vom 18. Zyklustag an:

Erste Woche täglich 1 Tabl. einer Östrogen-Gestagen-Kombination.

Zweite und dritte Woche täglich 2 × 1 Tabl. einer Östrogen-Gestagen-Kombination.

Vierte und fünfte Woche täglich 3 × 1 Tabl. einer Östrogen-Gestagen-Kombination.

Sechste und siebente Woche täglich 4 × 1 Tabl. einer Östrogen-Gestagen-Kombination (Menova, Gestamestrol N, Ovosiston/Jenapharm) (Abb. 6.1).

2. Am 5. Zyklustag beginnend:

Erste und zweite Woche täglich 1 Tabl. einer Östrogen-Gestagen-Kombination.

Dritte und vierte Woche täglich 2 Tabl. einer Östrogen-Gestagen-Kombination.

Fünfte und sechste Woche täglich 3 Tabl. einer Östrogen-Gestagen-Kombination.

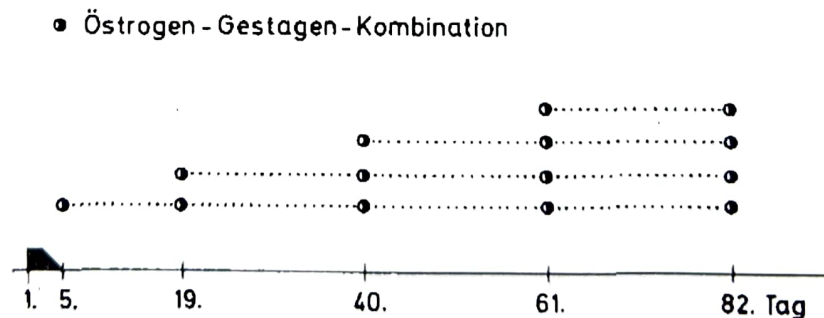


Abb. 6.1 12wöchige Pseudogravidität mit Östrogen-Gestagen-Kombination in steigender Dosierung

Die Vorschläge unter 2.1 und 2.2 sind mit Nebenwirkungen belastet und werden daher nicht empfohlen. Besser ist die Pseudogravidität parenteral.

Parenteral

40 mg Estradiolvalerat (Progynon Depot-40, Oestradiol Depot/Jenapharm) und 250 mg Hydroxyprogesteroncaproat (Proluton-Depot, Progesteron-Depot/Jenapharm). 1 × wöchentlich 15–20 Wochen lang als Mischspritze i.m. Die ersten beiden Spritzen in jedem Monat können auch ohne Gestagenzusatz gegeben werden.

Die Kur kann mehrfach wiederholt werden. Zur Nachbehandlung kann man Estradiol-Gel morgens und Progesteron-Gel abends lokal auf beide Brüste einreiben, zusätzlich zur Zyklusabsicherung ein Sequenzpräparat (Eunomin, Ovanon, Deposiston/Jenapharm, Sequostat/Jenapharm) verabreichen.

Nach der 2. Injektion oder nach 3wöchiger Einnahme der Tabletten besteht kontrazeptiver Schutz. Während der Hormoneinnahme bleibt die Regel aus. Da der Uterus mitwächst, kann bei liegendem IUP der Faden im Zervikalkanal verschwinden. Kontrollen sind daher erforderlich. Nach Beendigung der Therapie tritt die Blutung nach 1–2 Wochen ein. Sie kann verlängert sein. Die nächste spontane Blutung nach einem normalen ovulatorischen Zyklus tritt meist nach 6 bis 8 Wochen ein.

Nebenwirkungen: Übelkeit ist selten. Meist fühlen sich die Frauen besonders wohl. Leichte Ödembildung und Gewichtszunahme sind möglich (Tab. 6.2). Negative Einwirkungen auf die Brust wurden bei mammographischen Kontrollen nicht verzeichnet. Schwerwiegende Nebenwirkungen wie Thromboembolien wurden bei parenteraler Anwendung nicht gesehen. Die parenterale Behandlung ist wegen der besseren Verträglichkeit der oralen Therapie vorzuziehen.

6.1.2 Mammahyperplasie

Bei Mammahyperplasie wurde eine Hormontherapie mit Danazol empfohlen. Die Erfolge sind, bis auf wenige Ausnahmen, bescheiden. Durch eine Reduktionsplastik können die Brüste auf die erwünschte Größe verkleinert werden.

➡ Dosierungsbeispiel

3 × 200 mg Danazol S täglich über Monate.

Cave Nebenwirkungen (Virilisierung, Depression, negative Wirkung auf die Lipide).

6.1.3 Anisomastie

Oestrogel (Estradiol Gel) morgens, Progestogel (Progesteron Gel) abends auf die kleinere Brust auftragen. Ein Erfolg ist nur möglich, wenn ausreichend Drüsengewebe vorhanden ist. Ansonsten ist eine plastische Operation durchzuführen, insbesondere bei Formanomalien (Aufbau-, evtl. Reduktionsplastik der Gegenseite, Silikonprothese).