JOURNAL FÜR
FERTILITÄT UND REPRODUKTION

FISCHL F

Etablierung der Depottherapie

Journal für Fertilität und Reproduktion 2001; 11 (5) (Ausgabe für Österreich), 43-44

Homepage:

www.kup.at/fertilitaet

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR IN-VITRO-FERTILISIERUNG, ASSISTIERTE REPRODUKTION UND KONTRAZEPTION

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

Indexed in EMBASE/
Excerpta Medica

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

F. Fischl

ETABLIERUNG DER DEPOTTHERAPIE

DEFINITION

Die Hyperprolaktinämie ist definiert durch die Erhöhung des Serumprolaktinspiegels über 20 bzw. 25 ng/ml. Prolaktin ist ein Proteohormon, das in den laktotropen Zellen des Hypophysenvorderlappen (HVL) unter dem Einfluß von PIF (Prolaktin-Inhibiting-Factor) und PRF (Prolaktin-Releasing-Factor) gebildet und pulsatil abgegeben wird.

URSACHEN

- Physiologische Hyperprolaktinämie durch Hyperplasie der laktotropen Zellen in der fetalen Hypophyse, während der Gravidität, während der Laktation
- Funktionelle Hyperprolaktinämie:
  – Einnahme von prolaktinfreisetzenden Medikamenten wie Antidepressiva (z. B. Anafranil, Saroten, Ludiomil, Tofranil etc.), Neuroleptika (z. B. Atosil, Dogmatil, Melleril, Haldol etc.), Magen-Darm-Präparate (z. B. Metoclopramid, Cimetidin), Kalziumantagonisten (z. B. Verapamil), Antihypertensiva (z. B. Clonidin, Reserpin) Morphine und Kontrazeptiva (z. B.Pillen).
  – Stressfaktoren, Sport, Manipulation an den Mamillen, u.ä.m., das Vorliegen einer Schilddrüsenfunktionsstörung meist als Hypothyreose, bei Allgemeinerkrankungen wie chron. Leberparenchymschädigungen, chron. Nierennsuffizienz, M. Cushing, Endometriose, Herpes zoster, Bronchuskarzinom, Meningitis u.ä.m.
- Tumorbedingte Hyperprolaktinämie: Prolaktinome: Mikroprolaktinome definiert kleiner als 10 mm, sowie Makroprolaktinome definiert größer als 10 mm im Durchmesser, Tumore supra- bzw. parasellär gelegen mit Kompression des Hypophysenstiels, Verschluß der hypophysären Pfortadergefäße und damit Hemmung des PIF (Kraniopharyngeom, Empty sella)

KLINIK

Die Hyperprolaktinämie zählt zu den häufigsten hypothalamisch-hypophysären Störungen des Menschen. Bei der Frau bewirkt dies je nach Schweregrad mehr oder weniger starke Zyklusstörungen von leichten Tempoanomalien mit Gelbkörperinsuffizienz (40 %), Oligoamenorrhoe, Anovulation bis zur sekundären Amenorrhoe (25 %) und Sterilität (Ovarialinsuffizienz nach WHO Gruppe V und VI, ebenfalls bis zu 30 %) mit oder ohne Galaktorrhoe. Bedingt durch die Prolaktinerhöhung kommt es zu einer Hemmung der pulsatilen Freisetzung von FSH und LH und damit zu einer Störung der Follikelreifung.

Sonderformen: Chiari-Frommel-Syndrom (postpartal persist.Galaktorrhoe und Amenorrhoe), Forbes-Albright-Syndrom (Hypophysentumor, Nullipara), Argonz-del-Castillo-Syndrom (Galaktorrhoe, Amenorrhoe bei Nulliparae).

DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG

Aufgrund der häufigsten Symptomatik, nämlich Zyklusunregelmäßigkeiten oder Ausbleiben der Menstruation, sucht die Frau primär den Gynäkologen auf, der nach Ausschluß einer Gravidität mittels einer Prolaktinbestimmung die Diagnose Hyperprolaktinämie leicht verifizieren kann. Daneben spielt die Galaktorrhoe und der unerfüllte Kinderwunsch eine ebenso wichtige Rolle, deren Abklärung und Behandlung ebenso in der Hand der Gynäkologen liegt. Hier spielt die Hyperprolaktinämie eine nicht unbedeutende Rolle. Wie eine Umfrage bei Ärzten gezeigt hat, wird die Abklärung, aber auch die Therapie von den Gynäkologen im wesentlichen selbst durchgeführt. Die Häufigkeit des Auftretens einer Hyperprolaktinämie ist in den Praxen, wie auch in den Ambulanzen der Krankenhäuser etwa gleich hoch. Die Abklärung und Therapie erfolgt im wesentlichen ident. Interessant ist, daß bei Kinderwunschpaaren in beiden befragten Gruppen die Therapie früher begonnen wird als bei Frauen, die keinen Kinderwunsch mehr haben. Es herrscht also gute Übereinstimmung der Ärzte – unabhängig davon, ob sie in der Praxis oder in einem Krankenhaus tätig sind – daß eine Hyperprolaktinämie den Kinderwunsch negativ beeinflußt.

Wenn kein Kinderwunsch besteht, divergiert der Beginn einer Behandlung der Hyperprolaktinämie doch deutlich, wobei mehrheitlich später mit einer Therapie begonnen wird. Man darf allerdings nicht vergessen, daß noch vor einigen Jahren Frauen ohne Kinderwunsch nur bei sehr hohen Werten oder wenn ein Prolaktinom nachgewiesen wurde, behandelt wurden. Heute vertritt man den Standpunkt, daß eine Hyperprolaktinämie in jedem Fall, altersunabhängig zu behandeln ist. Einzige Ausnahme ist die iatrogene, durch Psychopharmaka hervorgerufene Hyperprolaktinämie. Diese gar nicht so kleine Gruppe kommt interessanterweise in der Umfrage überhaupt nicht vor. In der Hormonambulanz der Universitätsklinik für Frauenheilkunde kommen relativ viele Frauen aufgrund von Psychopharmakatherapien mit Tempoanomalien bzw. Amenorrhoen zur weiteren Abklärung. Hier steht jedoch nach Ausschluß eines Prolaktinoms die Therapie im Hintergrund, solange die Dosis der Psychopharmaka nicht reduziert oder abgesetzt werden kann. Weiters muß auch im Rahmen von Hyperandrogenämien mit und ohne Androgenisierungserscheinungen bei ca. 30 % an eine Hyperprolaktinämie gedacht werden, auch diese Problematik ist in der Befragung der Ärzte explizit nicht zu finden.

Über die Therapie herrscht relativ große Übereinstimmung, es wird der ➡

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.
Homepage Journal für Fertilität und Reproduktion: http://www.kup.at/fertilitaet

Therapieform mit einem Depot-Präparat (Cabergolin, Dostinex®) im wesentlichen der Vorzug gegeben, wobei in der Dosierung von ½–1 Tabl. wöchentlich große Übereinstimmung herrscht. Ebenso wird das Nebenwirkungsprofil als relativ gering angesehen, bei abendlicher Gabe kann es noch geringer gehalten werden. Die Kontrollen werden in beiden Gruppen fast zu früh angesetzt, eine Kontrolle sollte erst in der 4–5 Behandlungswoche erfolgen, denn da hat das Präparat erst seine volle Wirkung entfaltet. Ebenso sollte die Behandlung länger erfolgen, als dies von den meisten Ärzten angegeben wurde. Weitere Indikationsgebiete, wie etwa Abstillen werden ebenfalls von beiden Gruppen in gleichen Maßen angeführt.

Zusammenfassung

Gesamtgesehen zeigt sich in dieser Umfrage, daß die Gynäkologen/innen sowohl über die Hyperprolaktinämie, wie auch über deren Abklärung und Therapie einen sehr guten und hohen Ausbildungsstandard haben, unabhängig ob sie in der freien Praxis oder im Krankenhaus tätig sind.

Die Abklärung wird meistens selbst eingeleitet, die MR-Diagnostik zum Ausschluß eines Prolaktinoms hat im wesentlichen die anderen bildgebenden Verfahren abgelöst.

Primär wird immer der medikamentösen Therapie der Vorzug gegeben, wobei sich die moderne Depot-Therapie voll etabliert hat, weil sie effektiv und angenehm in der Anwendung ist und sich dabei durch eine relativ geringe Nebenwirkungsrate auszeichnet.

Korrespondenzadresse:
Univ.-Prof. Dr. med. Franz Fischl
Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Universitätsklinik für Frauenheilkunde Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
e-mail: franz.fischl@akh-wien.ac.at

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**