

Bei der inzwischen über 15 Jahre währenden Anwendung hormonaler Kontrazeptiva besteht heute die Notwendigkeit, nicht eine „Geradewohl-Behandlung“, sondern eine wissenschaftlich begründete vorzunehmen. Die Verträglichkeit wird dabei nicht durch sog. Konstitutionstypen oder Dosisregeln, sondern nach Hauser durch das Zusammenspiel der Faktoren Medikament, Soma und Individuum geprägt. Soma und Individuum ergeben das „individuelle Hormonprofil“ und bestimmen somit die Symptomatik möglicher Nebenwirkungen. Diese wandelt sich, sobald sich eine dieser beiden „Größen“ ändert. Die geringsten Nebenwirkungen sind zu erwarten, wenn das Medikament weitmöglichst dieser vorgegebenen Körpersituation und damit dem „Hormonbedarf“ angepaßt wird.

Während sich die in den hormonalen Kontrazeptiva verwendeten Östrogene in ihrer Wirkung nur unwesentlich voneinander unterscheiden, besitzen die synthetischen Gestagene unterschiedliche Nebeneffekte, die sich therapeutisch nutzen lassen und somit als erwünscht bezeichnet werden können.

Bei Berücksichtigung möglichst vieler anamnestischer Daten, des Phänotyps und der klinischen Symptomatik läßt sich der „individuelle Hormonbedarf“ ermitteln und u. E. eine noch geeignetere Erst- und Wiederverordnung von Hormonpräparaten unter Berücksichtigung der eben dargestellten „erwünschten“ gestagenen Nebeneffekte vornehmen (Kaiser u. Loch, Loch u. Kaiser).

Dieselben Maßstäbe sollte man heutzutage bei einer Substitutionsbehandlung im Klimakterium anlegen, wobei zu beachten ist, daß sich einmal die hormonalen Situationen, zum anderen die therapeutischen Möglichkeiten im Zeitraum der Prae- und Postmenopause unterscheiden.

Berücksichtigt man im Praeklimakterium die physiologischen Faktoren, hervorgerufen durch die fortschreitende Corpus-luteum-Minderung und die sich daraus in den meisten Fällen ergebende Östrogendominanz, so ist es unbestreitbar sinnvoller, unter Berücksichtigung des klinischen Befundes ein dem individuellen Hormonprofil weitgehend angepaßtes Gestagen zu verordnen (Kaiser).

Ähnlich wie Plotz stellen wir fest, daß fast ein Drittel aller Frauen auch in der Postmenopause keinen absoluten Östrogenmangel erleidet, sondern nach der klinischen Symptomatik eher das Bild einer Gestageninsuffizienz entwickelt. Somit bringt auch hier vielfach eine alleinige Gestagen- oder kombinierte Östrogen-Gestagen-Behandlung bessere Resultate als eine alleinige Östrogenapplikation. Bei hysterektomierten Frauen sollte stets in dieser Weise verfahren werden.

Der psychische Ausgleich und damit in Abhängigkeit das körperliche Wohlverhalten – eine Grundvoraussetzung für jede Therapie mit Hormonen – beruhen nicht etwa allein auf dem Östrogen-, sondern auch auf dem Gestagenspiegel bzw. auf ihrem Verhältnis zueinander.

260. Herren E. Friedrich, E. Keller, E. R. Jaeger-Withegiver und A. E. Schindler (Universitäts-Frauenklinik Tübingen): **Die Wirkung von 0,5 mg Lynestrenol auf den normalen Zyklus***.

Die Dauermedikation mit 0,5 mg Lynestrenol täglich hat in großen multizentrischen Studien einen befriedigenden kontrazeptiven Effekt (Pearl-Index 0,9) erge-

* Mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (Schi 129/2) und Organon, München.

ben. Mit der vorliegenden Untersuchung sollte der Effekt der täglichen Einnahme von 0,5 mg Lynestrenol auf einige Parameter der hypothalamisch-hypophysär-ovariellen Achse untersucht werden. Mit Hilfe spezifischer Radioimmunoassays wurden die Plasmakonzentrationen von FSH, LH, Oestradiol-17 β und Progesteron bei 7 normal ovulierenden Frauen während je eines Kontroll- und eines Behandlungszyklus täglich gemessen. Dabei ergaben sich folgende Veränderungen unter Lynestrenol: Ein mittzyklischer LH-FSH-Gipfel wurde in seiner typischen Ausprägung nicht beobachtet. Progesteron war im Mittelwert, jedoch mit stark individuellen Schwankungen, deutlich gegenüber den Kontrollzyklen reduziert, während Oestradiol bis zur Zyklusmitte nahezu den Kontrollzyklen entsprach und in der zweiten Zyklushälfte geringfügig verminderte Werte zeigte. Aus diesen Ergebnissen kann gefolgert werden, daß die Dauermedikation mit 0,5 mg Lynestrenol, stärker als bisher vermutet, einen ausgeprägten zentralen Effekt ausübt, der wesentlich zu der kontrazeptiven Wirkung beiträgt. Die zyklische Oestradiolsekretion bleibt jedoch erhalten, so daß sich die Frage stellt, weshalb ein mittzyklischer Oestradiolgipfel normaler Höhe nicht den ovulationsauslösenden LH-Gipfel induziert. Eine zunächst noch hypothetische Blockade hypothalamischer Oestradiolrezeptoren wird zur Diskussion gestellt.

261. Herren J. Andor, R. Lang, A. Uetwiller, H. Wyss und F. Duckert (Basel): **Wirkung oral wirksamer Oestrogene auf die Blutgerinnung bei gesunden Frauen in der Geschlechtsreife.**

Ziel der Studie war, die Wirkung zwei per os wirksamer Oestrogenpräparate auf die Blutgerinnung im Verlaufe des Menstruationszyklus vergleichend zu untersuchen. Dabei sollten in der Hauptsache die folgenden Fragen beantwortet werden: a) Besteht eine Zyklizität der verschiedenen Gerinnungs-, bzw. Fibrinolysefaktoren während des normalen Zyklus? b) Bewirkt eine Oestrogen-Medikation charakteristische hämostaseologische Veränderungen? c) Ist die Wirkung von C 38.372-Ba, bzw. Aethinyloestradiol auf die Gerinnungsphysiologie gleichsinnig oder voneinander abweichend?

Material und Methoden

Präparate und Dosierung

A. Aethinyloestradiol (Eticyclin[®]) 0,05 mg/die, vom 5.–25. Zyklustag. B. 7 α -Methyloestron (Präp. C 38.372-Ba) 1 mg/die, vom 5.–25. Zyklustag. Beide Präparate wurden per os, jeweils nach dem Mittagessen verabreicht.

Als Versuchspersonen dienten 19 gesunde Volontärinnen im geschlechtsreifen Alter mit normalen biphasischen Zyklen, die mindestens drei Monate lang vor dem Versuchsbeginn keinerlei Hormonmedikation erhielten.

Laboruntersuchungen

Gerinnungsstatus: Entsprechend dem Verlauf der jeweils im Versuch vorangehenden Zyklus registrierten BT-Kurve, wurden 3 Untersuchungstermine im Abstand von jeweils 7 Tagen prä-, peri- und postovulatorisch gewählt. In diesen Tagen wurde ein Gerinnungsstatus aufgenommen an Hand der folgenden Parameter: