LH-Releasing-Hormone in der Funktionsdiagnostik des gestörten Zyklus

H.I.		Wyss
R.		Richter
H.P.G.		Schneider
A.E.		Schindler
H.J.		Staemmler

Universitätsfrauenkliniken Basel, Ulm, Tübingen und Ludwigshafen

Adresse des Autors: Priv.-Doz. Dr. H. I. Wyss, Universitäts-Frauenklinik Basel, 4000 Basel (Schweiz)

Der Funktionstest mit synthetischen LH-Releasing-Hormonen (LHRH) ermöglicht eine erweiterte Abklärung der hypothalamo-hypo-physären Funktion. Im normalen Ablauf des Tests findet sich eine zeit-liche Korrelation zwischen intravenöser Gabe von LHRH und der maximalen LH- bzw. FSH-Ausschüttung: höchster LH-Wert 20–25 min nach LHRH, höchster FSH-Wert 10–15 min später. Der maximale LH-Anstieg hängt bis zu 100 µg von der LHRH-Testdosis und der endokri-nen Ausgangslage ab: maximale Ansprechbarkeit zwischen dem 12. und 16. Zyklustag, Minimum am 8.-11. Tag. Auf 25 µg LHRH wird bei entsprechender Ausgangslage LH wie zur Zeit der Ovulation ausgeschüt-tet.

Als Antwort auf LHRH lassen sich drei Reaktionsgruppen unter-scheiden: 1. normaler LH-Anstieg: Nettozuwachs 20–120 mE/ml (II. Int. Standard Präparat); 2. mangelhafte Reaktion: Anstieg unter 20 mE/ ml und 3. Überreaktion über 120 mE/ml.

Zur Beurteilung, ob die Ausgangslage der Gonadotropinspiegel den LHRH-Test beeinflusst, wurden Patientinnen mit erniedrigten, normalen oder erhöhten Serumgonadotropinen im Test untersucht. Für den LH-Anstieg findet sich kein Unterschied zwischen hyper- und normogo-nadotropen Formen, während die hypogonadotropen bedeutend weniger stark reagieren. Bezüglich FSH ergibt sich zwischen hypo- und normo-gonadotropen Formen kein Unterschied, während die hypergonadotro-pen signifikant starker ansteigen. Es besteht somit nur eine teilweise Be-ziehung zwischen der gonadotropen Ausgangslage und dem Ansprechen im LHRH-Test.

Wyss/Richter/Schneider/Schindler/Staemmler 45

Abb. 1. Diagnose von hypothalamo-hypophysären Störungen mit Clomiphen-und LHRH-Test. Nach negativem Ausfall kann Wiederholung des LHRH-Test zu einem positiven Resultat führen. Deshalb wurde an einen negativen Test während 10 Tagen eine Vorbehandlung mit LHRH angeschlossen und danach der Test wiederholt. Ein positives Resultat nach Vorbehandlung lässt eine anatomische Schädigung der Hypophyse ausschliessen und eine funktionelle Störung annehmen.

Aus den Resultaten des LHRH-Test geht hervor: Es besteht kein Zu-sammenhang zwischen klinischem Krankheitsbild und Testergebnis. Bei primärer und sekundärer Amenorrhö besteht eine grosse Variabilität im LHRH-Test. Ein normaler Test schliesst einen Hypophysentumor

nicht aus; bei negativem Resultat nach wiederholter Stimulierung muss nach einem Hypophysentumor gesucht werden. Der LHRH-Test soll nur durchgeführt werden wenn die Patientin vorher mit Gestagen- und Clo-miphentest klassifiziert ist. Mit Clomid und dem LHRH-Test kann man nach erfolgter klinischer Einteilung den Typ der Störung definieren und deren Lokalisation innerhalb des hypothalamo-hypophysären Systems festlegen (Abb. 1).