**Stellungnahme zu: Antunes, C.M.F. und Mitarbeiter
Östrogenmedikation und Endometriumkarzinom (New Engl.
J. Med. 300, 9, 1979)**

C.		Lauritzen
----	--	-----------

Universitäts-Frauenklinik, Ulm

Antunes und Mitarb. befassen sich in einer retrospektiven Studie mit der Beziehung zwischen Östrogenmedikation in der Vergangenheit und Endometriumkarzinomen. Patientinnen mit Korpuskarzinom hatten 6mal öfter Östrogene eingenommen als Patientinnen der Vergleichsgruppe. Bei Langzeiteinnahme soll das Risiko bis zu 15mal höher sein, wobei für Diethylstilböstrol und konjugierte Östrogene kein Unterschied gefunden wurde. Lauritzen zweifelt an der Zuverlässigkeit der Studie. Die sogenannten „Kontrollpatientinnen“ waren nicht gynäkologisch, sondern internistisch erkrankt. Ihre Diagnosen bieten ein breites Spektrum von Krankheiten, bei denen Östrogene absolut oder relativ kontraindiziert sind, und es ist daher nicht überraschend, dass sie seltener Östrogene erhalten hatten als die Patientinnen mit Korpuskarzinom. Auch wurde das von Antunes errechnete relative Risiko von 6,0 nicht ausreichend auf Irrtum korrigiert. Widersprüche zwischen dem Abstract und dem Text werden aufgezeigt, und es wird vermerkt, dass zu oft relativ hohe Dosen von Östrogenen, überwiegend in azyklischer Form und ohne Gestagen-beigaben, gegeben wurden. Der Ausschluss von Patientinnen, die Kombinationspräparate eingenommen hatten, sei bedauerlich. Lauritzen verweist auf zahl-reiche kritische, teilweise prospektive und erst kürzlich erschienene Studien, bei denen bei verbesserter statistischer Methodik keine Korrelation zwischen Östrogen-therapie und Korpuskarzinom-Risiko gefunden wurde. Hingewiesen wird auch auf Untersuchungen, die den Nachweis erbrachten, dass Korpuskarzinome, die unter Östrogenbehandlung auftreten, häufiger frühdiagnostiziert werden und histologisch meist reif, klinisch also gutartig sind. Die diametralen Gegensätze der zitierten Publikationen zu einigen amerikanischen Arbeiten werden auf eine völlig unterschiedliche Indikationsstellung zurückgeführt, wobei in den USA Kontraindikationen, Risikofaktoren und Grundregeln der Östrogentherapie größtenteils vernachlässigt werden.

Östrogenmedikation und Endometriumkarzinom
125

Nach Lauritzens Schlussfolgerungen ergeben sich folgende Empfehlungen.

Für die Praxis: Es soll zyklisch und mit den kleinsten noch wirksamen Dosen behandelt werden. Wo immer möglich, soll ein Gestagen in der 2. Behandlungsphase zugesetzt werden. Sequenz-Therapie ist vor allem im Alter zwischen 45 und 55 Jahren wünschenswert. Bei jeder Rezeptur ist die Indikation erneut kritisch zu überprüfen; wo immer möglich, soll Östriol verwendet werden. Vorsorgeuntersuchungen sind halbjährlich erforderlich, wobei Risikopatientinnen besonders sorgfältig zu betreuen sind. Irreguläre Blutungen müssen durch eine Abrasio abgeklärt werden.

Werden diese Grundsätze eingehalten, ist das Risiko einer Entstehung von Korpuskarzinomen nicht erhöht.

Für die Klinik: Bei Durchführung klinischer Studien ist auf die Einhaltung einer korrekten statistischen Methodologie zu achten. Unerlaubte Schlüsse und Verallgemeinerungen sind zu unterlassen.

W. Grünberger, Wien

Aus: Schweiz. med. Wschr. 108: 1833-1834 (1978); cit. Gynäk. Rdsch. 20: 125-126 (1980)

Soll man zur Prophylaxe postoperativer thromboembolischer Komplikationen Heparin mit Dihydroergotamin kombinieren?

U.F. Gruber

Departement für Chirurgie, Kantonsspital, Basel

In der vorliegenden Arbeit wird eine seit kurzem empfohlene neue Methode einer postoperativen Thromboseprophylaxe beschrieben. Dabei erfolgt zu der üblichen Heparintherapie die zusätzliche Gabe von Dihydroergotamin (Dihydroergot).

Grundlage dieser Therapie ist die Überlegung, dass durch eine Kombination von Medikamenten sowohl die Hyperkoagulabilität des Blutes als auch die venöse Stase beeinflusst wird, da Dihydroergotamin neben einer Sympathikolyse auch eine direkte tonisierende Wirkung auf die glatte Gefäßmuskulatur der Venen zeigt.

Bisher wurden insgesamt 9 Studien mit teilweise sehr inhomogenem Krankengut durchgeführt. Dabei zeigte sich beim Vergleich mit Kontrollgruppen, die Aus: Gynäk. Prax. J: 435-437 (1979); cit. Gynäk. Rdsch. 20: 124-125 (1980)