Serum-Prolaktin und Anamnesevergleich bei Mammazysten und zystischer Mastopathie

J.		Bischoff
E.-M.		Rebhan
H.		Prestele
H.		Becker

Frauenklinik (Direktor: Prof. K.G. Ober) und Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation (Leiter: Prof. L. Horbach), Universität **Erlangen-Nürnberg**

Die Frage, ob und wie stark eine Hyperprolaktinämie als Ursache für zystische und mastopathisch-zystische Veränderungen anzusehen ist, wird immer wieder diskutiert. Die Ergebnisse sind oft sehr widersprüchlich.

In dieser Untersuchung haben die Autoren die Prolaktinspiegel im Serum bei 78 Patientinnen mit punktierten Mammazysten und 46 Patientinnen mit histo-logisch gesicherter Mastopathie sowie bei einer Kontrollgruppe von 42 beschwerde- und symptomfreien Patientinnen gemessen. Die Blutabnahme erfolgte einmalig, der Grenzwert für die Hyperprolaktinämie wurde bei > 9 ng/ml Serum gewählt.

Frauen mit Mammazysten zeigten mit hoher Signifikanz häufiger Hyperprolaktinämien als beschwerdefreie Frauen mit klinisch und mammographisch unauffälliger Mamma. Nicht signifikant war das Ergebnis bei der Gruppe mit zystischer Mastopathie, in der jedoch hyperprolaktinämische Werte doppelt so häufig vorkamen wie in der Kontrollgruppe. Bei Vernachlässigung geringer Prolaktinerhöhungen bis etwa 30% über die Norm fanden sich bei Frauen mit punktierten Mammazysten 3mal so häufig, bei Frauen mit zystischer Mastopathie doppelt so häufig Hyperprolaktinämien wie bei der Kontrollgruppe. Die in den beiden Patientenkollektiven gefundenen Prolaktinwerte betrafen im Durchschnitt nur mässig, im Individualfall auch stark erhöhte Hormonwerte bis auf das 4- bis 5fache der Norm. Diese Hyperprolaktinämien waren aufgrund der Erfahrung der Autoren jedoch nicht auf das Vorliegen eines Hypophysentumors verdächtig. Frauen mit einer (gross-)zystischen Mastopathie schienen häufiger als die Kontrollpersonen nicht gestillt zu haben.

Hinsichtlich der Stilldauer zeigte sich der Trend, dass Frauen mit Mammazysten und zystischer Mastopathie im Vergleich zur Kontrollgruppe häufiger nicht gestillt hatten. Frauen mit zystischer Mastopathie, die gestillt hatten, wiesen dabei öfter eine Hyperprolaktinämie auf als Frauen dieser Gruppe, die nicht gestillt hatten.

Bischoff/Rebhan/Prestele/Becker

242

Interessanterweise hatten Frauen mit Mammazysten signifikant weniger (11,5%) orale Kontrazeptive eingenommen als die Kontrollpersonen (31%).

Für die Klinik bedeutet diese Untersuchung, dass die signifikant häufigeren

Hyperprolaktinämien bei Frauen mit punktierten Mammazysten und die auf-fallende Häufigkeit

erhöhter Prolaktinwerte bei Frauen mit histologisch gesicherter zystischer Mastopathie den vorsichtigen Schluss zulassen, dass Prolaktin doch als eine mögliche ätiologische Ursache anzusehen. Weitere Untersuchungen an grossen Kollektiven scheinen aber notwendig zu sein, um diese Aussage zu erhärten. Therapeutische Massnahmen durch Prolaktinhemmer sollten versucht werden und sollten, falls ein Kausalzusammenhang besteht, zum Erfolg führen. Für die Praxis ist der Hinweis auf eine eventuelle protektive Wirkung von Ovulationshemmern bei Mastopathie nicht uninteressant. Weiters erscheint es wichtig, die Prolaktinbestimmung in ein diagnostisches Schema zumindest bei der Abklärung schwerer Fälle von Mastopathie zu integrieren.

E. Kubista, Wien

Aus: Geburtsh. Frauenheilk. 40: 225–232 (1980); cit. Gynäk. Rdsch. 20: 242–243 (1980)

Die konservative Therapie von Ureterverletzungen nach gynäkologischen Eingriffen

E. Tölle

Urologische Abteilung, Chirurgische Universitätsklinik und Poliklinik, Münster

Der Autor beschreibt ein konservatives Vorgehen bei operationsbedingten Ureterverletzungen und belegt die Erfolgschancen dieses Verfahrens mit einigen exemplarischen Fallberichten: Nach radiologischer Diagnosesicherung der Ureterverletzung (Fistel oder Stenose) wird in geeigneten Fällen zunächst ein Ureterenkatheter (Charr3–5) eingesetzt welcher nach 2–3 Tagen gegen eine PVC-Ureterenschiene (Charr8–10) ausgetauscht wird. Diese Endoprothese wird entweder sofort oder nach wenigen Tagen gekürzt und in der Blase versenkt

wo sie mehrere Wochen – auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus – verbleibt. Die Inkrustationsneigung kann durch Ansäuerung des Harns und Infektbehandlung wesentlich vermindert werden. Bei einer Liegedauer über 8 Wochen sollte ein Wechsel der Endoprothese erwogen werden. Nach Entfernung der Endoprothese wird der wiederholten urographischen Kontrolle des Behandlungserfolges grösste Beachtung gewidmet.