Gynäk. Rdsch. 1981;21:172-173

Budd-Chiari-Syndrom nach Einnahme von Ovulationshemmern

G.		Gstöttner
K.		Rothe
H.		Leitsmann
D.		Langpeter

Universitäts-Frauenklinik, Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg, und Universitäts-Frauenklinik und Medizinisch-Poliklinisches Institut, Karl-Marx-Universität, Leipzig

Als schwere thromboembolische Zwischenfälle bei Einnahme oraler Ovulationshemmer werden Lungenembolien, Herzinfarkte und – extrem selten – zerebrale Thrombosen angegeben. Jährlich sollen etwa 2–3 von 100 000 Frauen, welche Ovulationshemmer einnehmen, an thromboembolischen Erkrankungen sterben. Das an sich seltene Budd-Chiari-Syndrom ist durch einen akuten oder chronischen Verschluss der Lebervenen verursacht. Hepatomegalie, Aszites, gelegentlich auftretender Ikterus und unspezifische Oberbauchbeschwerden sind seine Charakteristika. Dieses Krankheitsbild wird zunehmend mit der Einnahme von Ovulationshemmern in Verbindung gebracht. Während bei Männern und Frauen bis 1959 das Syndrom in gleicher Häufigkeit auftrat, erkrankten jetzt doppelt so viele Frauen als Männer. Bisher sind im genannten Zusammenhang etwa 30 Fälle in der Weltliteratur beschrieben worden. Die Autoren berichten nun über 3 eigene Fälle. Das Alter der Frauen lag bei 18 und zweimal bei 24 Jahren; alle hatten Non Ovlon® eingenommen. Die Symptomatik entwickelte sich aus voller Gesundheit, belastende Vorerkrankungen waren nicht bekannt. Es traten Schmerzen im gesamten Oberbauch, Zunahme des Leibesumfanges (Aszites), Übelkeit mit Erbrechen und eine Vergrößerung der Leber auf. Die blutchemischen Leberwerte erbrachten keinen eindeutig pathologischen Befund. Alle Patientinnen wurden laparoskopiert, wobei jedoch nur in einem Fall die Verdachtsdiagnose Budd-Chiari-Syndrom gestellt wurde. Eine Leberbiopsie ergab eine chronische Blutstauung, eine andere einen degenerativen Parenchym-

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

173

schaden, jedoch ohne entzündliche Zeichen. 2 Patientinnen verstarben unter akut sich verschlechternder Symptomatik – die Diagnose konnte erst bei der Obduktion gestellt werden! Bei der 18jährigen Patientin konnte ein Splenoportogramm durchgeführt werden, welches die Verdachtsdiagnose erhärtete. Eine Thrombolysebehandlung mit Streptokinase und anschliessender Antikoagulationstherapie (Falthrom®) wurde eingeleitet. Etwa 6 Wochen nach der Entlassung wurde ein doppeltfaustgrosser Ovarialtumor diagnostiziert, weswegen die Patientin unter Antikoagulationsschutz laparotomiert wurde. Postoperativ entwickelte sich ein Rezidiv des Budd-Chiari-Syndroms, welches ebenso wie das erstmal beherrscht werden konnte. Für die Klinik folgt, dass bei jungen Frauen, welche unter Ovulationshemmern aus voller Gesundheit erkranken und über Schmerzen in der rechten Oberbauchgegend mit Hepatomegalie,

Aszites bei im grossen und ganzen normalen Laborwerten klagend, eine Laparoskopie mit Leberbiopsie nicht unterlassen und die Möglichkeit eines Budd-Chiari-Syndroms erwogen werden sollte. Die ausgesprochen schlechte Prognose bessert sich sofort wesentlich, wenn die Diagnose (unter Umständen auch durch ein Splenoportogramm) rechtzeitig gestellt und eine thrombolytische Therapie eingeleitet wird.

Für die Praxis sollte bei der Verschreibung von oralen Kontrazeptiva beachtet werden, dass Ovulationshemmer im Zusammenhang mit anderen Risikofaktoren bzw. bei prädisponierten Frauen (Neigung zu Varizen, Zigarettenrauchen, Hypertonie, Diabetes, Hyperlipidämie) einen begünstigenden Effekt auf die Entstehung thromboembolischer Erkrankungen haben können.

R. Pavelka, Wien

Aus: Zentbl. Gynäk. 102: 386-392 (1980); cit. Gynäk. Rdsch. 21: 173-175 (1981)

Behandlung des Asherman-Syndroms Treatment of Asherman's Syndrome

/ J. Smid und A. Borsos

Universitäts-Frauenklinik (Direktor: Prof. L. Lampé), Debrecen, Hungary

Die Autoren berichten über 126 Fälle von Asherman-Syndrom (intra-uterine Synechien) und gehen eingehend auf die Ätiologie und Behandlung dieses Krankheitsbildes ein, vor allem im Hinblick auf uterine Amenorrhö