Die Brustuntersuchung führt nicht zur Erhöhung des Serumprolaktins

J.	John	Jarrell
S.	Stephen	Franks
R.	Robert	McInnes
K.	Kange	Gemayel
H.	Harvey	Guyda
G.H.	George H.	Arronet
F.	Frederick	Naftolin

Department of Obstetrics and Gynecology, Royal Victoria Hospital, McGill University, Montreal, Que.

Die Autoren dieser Studie wollten einen Beitrag zur Frage leisten, ob eine gynäkologische Untersuchung oder eine Untersuchung der Brust selbst als Ursache für einen erhöhten Prolaktinspiegel im Serum angesehen werden darf, was in der Literatur in einem Prozentsatz von 30–100% angegeben wurde. Nach neuesten Beobachtungen wurde diese Erhöhung des Prolaktinspiegels auch als stressbetonte Folge der gynäkologischen Untersuchung angesehen. Zur weiteren Klärung dieser Aussagen bestimmten die Autoren neben den Prolaktinwerten vor und 10 min nach einer gynäkologischen Untersuchung und einer Brustuntersuchung auch die Plasmacortisolwerte.

Von den 24 Patientinnen dieser Studie hatten 18 regelmässige Zyklen, 5 unregelmässige Zyklen und bei 1 Patientin lag eine Amenorrhö vor. 8 Patientinnen hatten erhöhte Prolaktinausgangswerte (mehr als 25 ng/ml). Weder bei den Patientinnen mit normalen Prolaktinwerten noch bei den Frauen mit erhöhtem Prolaktinspiegel kam es zur Anhebung der Prolaktinwerte oder der Cortisolwerte im Anschluss an die klinische Untersuchung. Bei 4 der 8 Patientinnen mit erhöhten basalen Prolaktinwerten kam es zwar nach der klinischen Untersuchung zu keinem Anstieg von Prolaktin- und Cortisolwerten, wohl aber bei späteren, mehrfachen Bestimmungen im Serum, so dass angenommen werden darf, dass die klinische Untersuchung wohl keinen Stress an sich darstellen dürfte, welcher innerhalb von 10 min zu einem Prolaktinanstieg führt, dass jedoch ein schon längere Zeit vor der klinischen Untersuchung bestehender, allgemeiner Stresszustand sehr wohl die Erhöhung beider Hormonparameter bewirken kann.

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

183

Für die Klinik sollte es Ansporn sein, die Rolle von Stressfaktoren als Ursache von Hyperprolaktinämien bei Fällen von endokrinen Störungen in der Fertilitätsdiagnostik und -therapie anhand grösserer Kollektive und Kontrollgruppen abzuklären.

Für die Praxis ist es interessant zu wissen, dass eine Bestimmung des Prolaktins auch aus einer Blutprobe, die nach einer gynäkologischen Untersuchung entnommen wurde, richtige Werte ergibt und daher möglich ist.

E. Kubista, Wien

Aus: Contraception 20: 475-487 (1979); cit. Gynäk. Rdsch. 21: 183-184 (1981)

Hypophysen- und Ovarfunktion bei Frauen mit hormonaler Kontrazeption

Pituitary and Ovarian Function in Women Receiving Hormonal Contraception

B.L. Cohen und M. Katz

Gynaecological Endocrine Unit, Department of Obstetrics and Gynaecology, Medical School, University of Cape Town, Cape Town

Die Frage, inwieweit die Gabe von Kontrazeptiva eine nachhaltige Hemm-wirkung auf die Hypophysen-/Ovarfunktion, vor allem auch bei noch nicht zyklusstabilen Frauen, ausübt, ist von grossem Interesse sowohl für die Praxis als auch für klinische Fragestellungen. In der vorliegenden Studie wurden die Hypophysen- und Ovarfunktion von Patientinnen, welche orale Kontrazeptiva erhielten, weiter untersucht und abgeklärt. Die basalen Hormonspiegel (FSH, LH, Östradiol und Prolaktin) sowie die Gonadotropinstimulation durch gonado-tropinstimulierendes Hormon (GnRH) wurden bei 12 gesunden, regelmässig ovulierenden Patientinnen in der frühen Follikelphase und der mittleren Luteal-phase des Menstruationszyklus untersucht, also noch während des behandlungs-freien Kontrollzeitraumes. Diese 12 Patientinnen wurden anschliessend durch 3 Monate mit Nordette (30 µg Äthinylöstradiol + 150 µg ♂-Norgestrel) zyklisch behandelt. Im 3. Behandlungsmonat wurden die Tests am 21. Tag, also nach 21 hormonaktiven Tabletten, und am 28. Tag, also nach 21 hormonaktiven und 7 Breast Examination Does not Elevate Serum Prolactin