Klinische und hormonelle Studien der ovariellen Hyperthekose

M.	Manubai	Nagamani
J.C.	John C.	Lingold
L.G.	Luis G.	Gomez
J.R.	Joseph R.	Garza

Division of Reproductive Endocrinology, Departments of Obstetrics and Gynecology and Pathology, University of Texas Medical Branch at Galveston, Galveston, Tex., USA

Clinical and Hormonal Studies in Hyperthecosis of the Ovaries

Die Arbeit beschreibt endokrine Untersuchungen an 5 Frauen mit einer ovariellen Hyperthekose. Es wurden Testosteron, Dihydrotestosteron, Androstendion, 17 α -Hydroxyprogesteron, Progesteron, Östradiol und Östron im peripheren Venenblut gemessen. Gleichzeitig wurde zur Zeit der Laparotomie ovariell Venenblut entnommen und dieselben Parameter untersucht. Die Ergebnisse der Hormonuntersuchungen bei diesen Patientinnen, die alle anovulatorische Zyklen und Zeichen der Virilisierung hatten, ergaben, dass die hyperthekotischen Ovarien grosse Mengen an biologisch aktiven Androgenen wie Testosteron und Dihydrotestosteron produzierten. Diese Hyperandrogenämie entsprach dem klinischen Bild.

Es wurde eine geringfügig erhöhte Androstendionsekretion festgestellt. Periphere Progesteron- und 17 α -Hydroxyprogesteronkonzentrationen waren erhöht. Die ovariellen Konzentrationen von Progesteron und 17 α -Hydroxyprogesteron waren im ovariellen Venenblut höher als im peripheren Blut. Bei allen 5 Patientinnen waren auch die Werte für Östradiol, nicht aber für Östron, im ovariellen Venenblut höher als im peripheren Blut. Aus den Ergebnissen kann abgeleitet werden, dass Östron ausschliesslich aus dem peripheren Metabolismus stammt, während zumindestens ein Teil des Östradiols der direkten ovariellen Sekretion entstammt. Die Werte für die gonadotropen Hormone LH und FSH waren im Normbereich oder erniedrigt. Im Gegensatz zu Patientinnen mit polyzystischen Ovarien konnte bei diesen Patientinnen keine tonische Erhöhung der LH-Konzentrationen beobachtet werden. Der LH-RH-Test war für 3 der untersuchten Patientinnen

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

217

nen als normal zu beurteilen. Eine ovarielle Suppression mit oralen Kontrazeptiva führte nicht zur Verbesserung des Hirsutismus.

Für die Praxis ergibt sich zurzeit noch keine Konsequenz, da die untersuchten 5 Fälle keine weitreichenden Schlüsse bezüglich der Therapie erlauben. Das praktische Vorgehen bei der Abklärung solcher Patienten ist der bei Hyperandrogenämie übliche Ausschluss eines androgenproduzierenden Tumors.

Für die Klinik ist der Schluss, zu dem die Autoren kommen, bemerkenswert, dass sich nämlich die Hyperthekose des Ovars vom polyzystischen Ovarsyndrom bezüglich der Hormonparameter unterscheidet.

J. Spona, Wien

Aus: Gynäkologie 14: 183–186 (1981); cit. Gynäk. Rdsch. 22: 217–218 (1982)

Beitrag zum Problem des operativen Verschlusses von Blasenscheidenfisteln

A. Ingelman-Sundberg Djursholm, Schweden

Der Autor gibt im ersten Teil der Arbeit allgemeine Richtlinien zur Behandlung von Vesikovaginalfisteln: Die Auswahl der richtigen Operationsmethode zum richtigen Zeitpunkt ist die wichtigste Forderung an den Erstoperateur, da jede weitere Operation immer schwieriger wird. Die Tendenz zur Spontanheilung ist gegeben, solange die Fistelränder nicht mit Epithel bedeckt sind; suffiziente Harnableitung und Infektbehandlung sind hierfür unbedingte Voraussetzung.

Aus: Fert. Steril. 36: 326–332 (1981); cit. Gynäk. Rdsch. 22: 216–217 (1982)