Erweiterte endokrine Abklärung der Amenorrhoe

J.		Huber
B.	Brigitte	Schurz
G.	Gabriela	Stempel-Smekal
W.		Knogler
M.		Metka
J.		Spona

I. Universitäts-Frauenklinik Wien (Vorstand: Prof. Dr. E. Gitsch)

Anschrift des Verfassers: DDr. J.C. Huber, I. Universitäts-Frauenklinik, Spitalgasse 23, A-1090 Wien

Der stationär durchgeführten endokrinen Durchuntersuchung geht ein ambulant vorgenommener Ausschluß 4 verschiedener Amenorrhoe-formen voraus, nämlich der hyperandrogenämischen, der hyperprolaktin-ämischen, der schilddrüsenbedingten, sowie der hypergonadotropen Amenorrhoe.

Die Durchuntersuchung besteht aus einer GNRH Stimulation und einer Naloxon-Suppression. Die Stimulation wird an 2 Tagen vorgenom-men. Beim ersten Test erfolgen 2 Bolusinjektionen von 50 µg GNRH in 90 minütigem Abstand um das Kurzzeitpriming der Releasinghormone zu erfassen. Am Ende dieses Testes wird ein konjugiertes Östrogen appli-ziert und 72 Stunden danach erfolgt der zweite GNRH Test. Dieser besteht zunächst ebenfalls in einem Bolus von 50 µg GNRH, wodurch die östrogenbedingte hypophysäre Sensibilisierung dokumentiert wird. Gefolgt wird dieser Bolus von einer Langzeitinfusion, dadurch kann das GNRH Langzeitpriming bestimmt werden. Insgesamt haben wir 54 Clo-miphen refraktäre amenorrhoeische Frauen in dieser Form abgeklärt. 9 zeigten ein normales hypophysäres Reaktionsmuster, bei diesen Patien-tinnen wären die Releasinghormone die Therapie der Wahl.

Bei 10 Frauen fand sich keine Gonadotropinausschüttung, hier ist eine Menopausengonadotropinbehandlung angezeigt. 14mal erfolgte zwar eine initiale LH-Sekretion, im Rahmen der Langzeitinfusion kam es jedoch rasch zu einer Erschöpfung der Gonadotropin-Reserven. Auch in diesen Fällen führt eine HMG-Therapie eher zum Erfolg als eine GNRH Zufuhr. Bei 9 Frauen wurde nach einer verminderten Freisetzungsleistung während der Infusion ein Langzeitprimingeffekt – ausgelöst durch das GNRH – entdeckt. In diesen Fällen ware eine pulsatile GNRH Behand-lung angebracht. 13 Patientinnen boten einen ausgesprochenen Östrogen-Sensibilisierungseffekt [1], was für die Therapie wichtig ist: diese Frauen könnten erfolgreich mit Stimovul behandelt werden. Dem Naloxon-Test

Vorträge zum 1. Hauptthema

14

liegt die Beobachtung zugrunde, daß Endorphin eine ausgesprochen anti-gonadotrope Wirkung entfalten [2].

Bei 7 von 54 amenorrhoeischen Frauen konnte unter Naloxon ein gegenüber dem Oszillationswert signifikanter LH-Anstieg beobachtet werden. Möglicherweise kann man damit die psychogenen Amenorrhoeen separieren.

Literatur

Gitsch, E.; Schneider, W. H. F.; Spona, J.: Östrogen-Progesteron treatment enhances the ovulatory response to Clomiphen in Amenorrhoe patients. *Fertil. and Steril.* 29: 159–163 (1978).

Leyendecker, G.; Wildt, L.: Neuro-endokrine Faktoren von Störungen in der Pathogenese der Ovarialfunktion und ihre Behandlung. In: *Die Sterilität*. Hrsg. J. Zander, Urban u. Schwarzenberg, Seite 11 (1983).

Gynäk. Rdsch. 24: suppl. 2, pp. 14–17 (1984)

Die Behandlung der Hypothalamischen Amenorrhoe mit pulsatiler Releasinghormon (GNRH)-Gabe

W. Urdl, A. W. Kowatsch, M. O. Schweditsch, G. Tscherne

Geburtshilflich-gynäkologische Universitätsklinik Graz (Vorstand: Univ.-Prof. Dr. E. Burghardt)

1971 gelang es erstmals Schally und Mitarbeitern Gonadotropin-Releasinghormon (GnRh) aus den Hypothalami von Schweinen zu isolieren und zu identifizieren [4]. Mit der Entdeckung dieses Dekapeptids war es nun möglich geworden

funktionelle Zusammenhänge zwischen Dienzephalon und Hypophyse aufzuklären. Aber auch für die Therapie der Hypothalamischen Amenorrhoe (H. A.)

der eine insuffiziente endogene GnRh-Sekretion zugrunde liegt ergaben sich neue Ansatzpunkte.