Die erfolgreiche thyreoidale Therapie einzelner Formen hypergonadotroper Amenorrhoeen

J.C.		Huber
B.	Brigitte	Schurz
M.		Metka
W.		Knogler
J.		Spona

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

Univ.-Doz. DDr. J. C. Huber, I. Universitäts-Frauenklinik Wien, Spitalgasse 23, A-1090 Wien (Österreich)

Die hypergonadotrope Amenorrhoe einer geschlechtsreifen Frau stellt für den Endokrinologen eine besondere Herausforderung dar, da Prognose und Therapie meist infaust sind. Deswegen sind aber auch die wenigen Fälle besonders erwähnenswert, bei denen trotz bereits bestehender Hypergonadotropie die Ovarialfunktion wieder hergestellt werden konnte.

Eine 26jährige Patientin suchte bei bereits bekannter Anovulation und Oligomenorrhoe unsere Ambulanz wegen eines bestehenden Kinderwunsches auf; die endokrinologische Basisuntersuchung zeigte mit Ausnahme der leicht erhöhten Gonadotropine keine wesentlichen Pathologien. Wir führten zunächst ein Zyklusmonitoring unter Clomiphen durch, wobei sich bereits nach 2 Tagen eine hypergonadotrope Reaktionslage herauskristallisierte, die bei fehlender Zervixfunktion auch über den 15. Zyklustag hinaus anhielt. Aus der Überlegung heraus, möglicherweise durch das antiöstrogen wirkende Clomiphen die Hypergonadotropie induziert zu haben, setzten wir das Clomiphen ab und überwachten vom 9. Zyklustag einen unbehandelten Zyklus. Allerdings bestätigte sich auch in diesem die Hypergonadotropie. Um eine vielleicht gleichzeitig bestehende Hyperprolaktinämie auszuschließen, führten wir nach diesen beiden Zyklen den TRH-Test durch, der einerseits eine normale Prolaktinausschüttung andererseits aber eine diskrete Hypothyreose anzeigte. Aus diesem Grund entschlossen wir uns, die Patientin mit Thyrex zu behandeln und zwar mit 2 Tabl. 0,1 mg Thyrex über ein Monat. Als wir im nächsten Zyklus am 10. Zyklustag erneut die Gonadotropine bestimmten, lag eine Normogonadotropie vor, die Patientin ovulierte am 12. Zyklustag bei einer suffizienten endogenen Östrogenproduktion ohne jede andere Medikation.

Im Jänner 1983 suchte eine 2. Patientin, ein damals 18jähriges Mädchen wegen einer primären Amenorrhoe bei hypoplastischem Genitale und normalem Karotyp unsere Ambulanz auf. Das LH betrug 10,6, das FSH war mit 48,82 massiv erhöht. Die Patientin wurde unter der Diagnose „hypergonadotrope Amenorrhoe“ zunächst mit Zyklakur und dann mit Progylut zyklisiert und halbjährig kontrolliert. Die Gonadotropine blieben stark erhöht bei gleichzeitig fehlenden Östrogenen. Obwohl der TRH-Test normale Werte brachte, haben wir die Patientin trotzdem mit einer Tablette Thyrex pro Tag behandelt und monatlich eine Kontrolluntersuchung vorgenommen. Unter dieser Medikation sank zunächst das LH bei noch erhöhtem FSH in den Normbereich, nach zwei Behandlungsmonaten war auch das FSH normal, vor allem aber begann die Patientin, bei deutlich angestiegenen Östradiolwerten, spontan zu bluten.

Eine 3. Patientin kam Mitte des vergangenen Jahres in unsere Hormonambulanz mit der Diagnose einer primären Amenorrhoe. Die war 25 Jahre alt und wies bei der gynäkologi-

Freie Vorträge, Gynäkologie

214

schen Untersuchung ein hypoplastisches Genitale auf. Eine endokrine Basisuntersuchung zeigte normale Androgene, sowie ein nicht erhöhtes Prolaktin, das FSH lag jedoch bei 96,16, das LH bei 35,6. Um von der Gonadotropinfluktuation auf die Schwere der hypergonadotropen Amenorrhoe schließen zu können, haben wir über 6 Stunden 30minütig Blut abgenommen und das LH sowie FSH bestimmt. Dabei bestätigte sich die bei der Hypergonadotropie übliche Monotonie der LH- und FSH-Sekretion. Unmittelbar an diese Untersuchung belasteten wir die Patientin mit TRH, worauf sie mit einer überschießenden TSH-Produktion reagierte, Ausdruck einer hypothyreoten Stoffwechselerkrankung. Vier Wochen nach einer sich daraus ergebenden Substitution mit 1½ Tabletten Thyrex war bei der Kontrolluntersuchung das LH auf 4,5 das FSH auf 11,3 abgesunken, nach 7 Wochen begann die Patientin zum ersten Mal spontan zu bluten. Tierexperimentelle Untersuchungen deuten schon seit langem darauf hin, daß dem Schilddrüsenhormon eine regulative Funktion auf die Gonadotropine zukommt [1]. Unsere Erfahrung mit diesen drei beschriebenen Patientinnen scheinen dies zu bestätigen, obwohl ein erklärendes endokrinologisches Konzept noch aussteht.

Literatur

1 Noel, G. L.; Dimond, R. C; Wartofsky, L.; Earl, J. M.; Frantz, G.: Studies of Prolactin and TSH Secretion by Continuous Infusion of Small Amounts of Thyrotropin-Releasing Hormone (TRH). JCE & M 39: 6–17 (1974).

Gynäk. Rdsch. 25: suppl. 2, pp. 214–216 (1985)

TRH-Test bei Frauen mit sekundärer Amenorrhoe und Hirsutismus

Brigitte Schurz, Jolante B. Schmidt, J. C. Huber

I. Universitäts-Frauenklinik Wien (Vorstand: Prof. Dr. E. Gitsch) II. Universitäts-Hautklinik (Vorstand: Prof. Dr. G. Niebauer)

Über die Häufigkeit von Schilddrüsenerkrankungen als Ursache sekundärer Amenorrhoe existieren nur wenige Hinweise

die Inzidenz wird mit weniger als 1% angegeben. Der pathophysiologische Mechanismus der bei Hyper- bzw. Hypothyreose Anovulation

Oligomenorrhoe bzw. Amenorrhoe auslösen kann

liegt in der Veränderung des Steroidmetabolismus durch das Thyroxin. Eine hyperthyreote Stoffwechselerkrankung erhöht das SHBG und führt