Steigerung der spontanen uterinen Aktivität durch das Antigestagen ZK 98.299

P.		Kirchbner
W.		Lechner
G.		Daxenbichler
Ch.		Marth

Universitätsklinik für Frauenheilkunde Innsbruck (Vorstand: Prof. Dr. O. Dapunt)

Dr. W. Lechner, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

Der Österreicher Knaus hat bereits im Jahre 1928 die zentrale Rolle des Progesterons bei der Erhaltung der Schwangerschaft erkannt. 30 Jahre später hat vor allem Czapo seine Theorien übernommen und ausgebaut. Erst zu Beginn der 80er Jahre wurden nach jahrelangen Bemühungen entsprechende Antihormone entdeckt.

Nachdem diese Substanzen als Abortivmittel zu einiger Bekanntheit gekommen sind, haben wir uns im Hinblick auf die oftmals erwünschte Weheninduktion am Ende der Schwangerschaft mit der kontraktionsfördernden Wirkung von ZK 98.299 der Firma Scheering beschäftigt. Diese besitzt gegenüber dem bekannteren RU 38.486 den Vorteil einer geringeren Antiglucocorticoidwirkung.

9 Uterusstreifenpräparate, die anlässlich einer Sectio aus dem unteren Uterinsegment gewonnen wurden, wurden in eine Organkammer verbracht, mit 2 g auf Zug belastet und mit einem isotonischen Transducer verbunden. Sobald sich regelmäßige Kontraktionen etabliert hatten, wurde das Antigestagen ZK 98.299 in einer Konzentration von $2,5 \times 10^{-4}$ M

200

$p < 0,01$

$p < 0,01$

$p < 0,01$

$p < 0,01$

100 %

Amplitude Dauer Frequenz Fläche Aktivität

Abb. 1. Mediane prozentuelle Zunahme der Uterusaktivität unter ZK 98.299.

Freie Vorträge (Endokrinologie)

300

der Perfusionslösung beigegeben. Nach etwa einer Stunde zeigte sich ein deutlicher Anstieg in der Amplitude um 40% (Spannweite 12–587), in der Dauer um 33% (0–67), in der Fläche unter der Kurve um 96% (34–1045) und in der uterinen Aktivität um 34% (61–1045) ($p < 0,01$). Die Frequenz blieb unverändert. Antigestagene besitzen zumindest im Tierversuch (1) gegenüber Prostaglandinen und Oxytocin den Vorteil einer stärkeren dilatierenden Wirkung auf die Cervix und die Geburtswege und könnten deshalb von speziellem Interesse für eine indizierte Geburtseinleitung sein.

Literatur

Elger, W., Baier, S., Chwalisz, K. et al.: Studies on the mechanism of action of Progesteron-Antagonists J. Steroid-Biochem 25: 835–845 (1986).

Gynäk. Rdsch. 29: suppl. 2, pp. 300–303 (1989)

Der aktuelle Stellenwert von mikrochirurgischen Sterilitätsoperationen bei der Behandlung der tubaren Sterilität

G. Freude, S. Leodolter

Ludwig Boltzmann-Institut zur Erforschung und Behandlung der weiblichen Sterilität, Krankenhaus Lainz

Der Gynäkologe sieht sich heute mit einer zunehmenden Zahl tubarer Fertilitätsstörungen konfrontiert. Ursachen dieser Entwicklung sind vor allem ascendierende Infektionen, wobei in den letzten Jahren gravierende Veränderungen im Keimspektrum der Infektionen zu beobachten waren. Für die Behandlung der tubaren Sterilität stehen heute zwei Methoden zur Verfügung: die mikrochirurgische Sterilitätsoperation, die In-Vitro-Fertilisation.

Mit der Geburt des 1. Retortenbabys 1978 begann eine rasante Entwicklung auf dem Gebiet der In-Vitro-Fertilisation. Den mikrochirurgischen Sterilitätsoperationen wurden von vielen Seiten keine Zukunft mehr eingeräumt. Jetzt

10 Jahre später

ist die Situation eine andere

vor allem deswegen weil weltweite Statistiken über die Erfolge der In-Vitro-Fertilisation vorliegen und viele Fertilitätszentren bereits beide Methoden zur Behandlung der tubaren Sterilität anbieten.

Eine mikrochirurgische Sterilitätsoperation setzt unter anderem eine exakte Abklärung des Tubenfaktors sowie der Verhältnisse im kleinen Becken voraus. Zu dieser