



Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Fakultät für Klinische Medizin Mannheim
Dissertations-Kurzfassung

**Beeinflußung der ovariellen Funktion durch Substitutionstherapie
bei hysterektomierten prämenopausalen Patientinnen**

Autor: Christiane Kuckatz
Einrichtung: Diakonissenkrankenhaus, Mannheim
Doktorvater: Prof. Dr. W. Eicher

Das körperliche und seelische Wohlbefinden einer Frau wird in großem Maße von der ausreichenden hormonellen Funktion ihrer Ovarien beeinflusst. Mannigfaltige Einflüsse von außerhalb können hierauf einwirken. Insbesondere interessiert immer wieder, welche Auswirkungen eine Hysterektomie - vor allem bei prämenopausalen Patientinnen - hervorruft.

Wir untersuchten deshalb in einer prospektiven Studie an zwei vergleichbaren, jeweils aus 21 prämenopausalen Frauen bestehenden, Patientenkollektiven, wie sich eine postoperative Östradiolsubstitution bei einer Hysterektomie mit belassenen Ovarien auswirkt im Vergleich zur eigenen Hormonproduktion. Hierzu wurden jeweils präoperativ, zehn Tage postoperativ sowie sechs Wochen nach OP die Östradiol-, Gonadotropin-, Testosteron- und DHEAS-Konzentration im Blut bestimmt. Zusätzlich wurden die Patientinnen bezüglich ihrer subjektiven Beschwerden im gleichen Zeitraum exploriert.

Unsere Hormonanalysen ergaben in der substituierten Gruppe 1 einen Östradiolmittelwertabfall nach 10 Tagen auf 59 % des Ausgangswertes, nach 6 Wochen trat ein leichter Anstieg, auf allerdings auch nur 71 % des Ausgangswertes, auf. Spiegelbildlich verhielten sich hierzu die Gonadotropinwerte, die nach sechs Wochen einen deutlichen Anstieg um die Hälfte (LH) bzw. fast das Doppelte (FSH) aufwiesen. Die DHEAS-Werte blieben ziemlich konstant. Während das Testosteron in der substituierten Gruppe auf 64% des Ausgangswertes abfiel, erholte es sich in der nicht substituierten Gruppe, nach einem Abfall am 10. Tag, nach sechs Wochen wieder auf 84%.

In unserer nicht substituierten Vergleichsgruppe 2 lag nach sechs Wochen ein relativ konstanter Östradiolmittelwert vor, der nur um lediglich 9 % angestiegen war. Zwar zeigten auch die Gonadotropine Anstiegstendenzen, im Vergleich zum Umfang des Anstieges in Gruppe 1 wichen sie jedoch nur maximal ein Drittel vom präoperativen Wert ab. Es konnte also eine Ovarialsuppression mit nachfolgendem Gonadotropinanstieg durch zusätzliche postoperative Hormongabe hervorgerufen werden. Das zusätzlich transdermal verabreichte Östradiol beeinflusste die Ovarialfunktion negativ.

Explorierte man die Patientinnen postoperativ bezüglich möglicher Beschwerden, so konnten in beiden Kollektiven unterschiedliche Tendenzen festgestellt werden. Während in der substituierten Gruppe 1 lediglich zwei Patientinnen nach sechs Wochen über Beschwerden im Sinne von Brustspannen bzw. Hitzewallungen klagten, gaben in der nicht substituierten Gruppe zu diesem Zeitpunkt zehn Frauen - und damit 48 % - Symptome an, die mit hormonellen Ausfallserscheinungen korreliert werden könnten. Lediglich bei einer Patientin in Gruppe 1 sowie bei drei Patientinnen der Gruppe 2 korrelierten die Beschwerden mit Östradioabfall bzw. Gonadotropinanstieg. Bei den anderen Patientinnen fanden sich keine Übereinstimmungen mit dem Hormonverlauf.

Einschränkend ist zu sagen, daß unsere Arbeit an einem relativ kleinen Patientenkollektiv durchgeführt wurde. Trotzdem lassen sich in den Mittelwertverläufen Tendenzen erkennen, die auf eine Ovarialsuppression bei postoperativer Hormongabe bei prämenopausalen Frauen weist. Das subjektive Befinden dieser Patientinnen war allerdings im Gegensatz zur Vergleichsgruppe deutlich weniger beeinträchtigt.

Wir schließen daraus, daß jede Hormonsubstitution in der Prä- und Perimenopause immer eine auf das Individuum bezogene Entscheidung sein soll. Eine prophylaktische Substitution post operationem zur Ovarunterstützung macht keinen Sinn, da sie eher das Gegenteil bewirkt, auch wenn das subjektive Empfinden der Frauen dadurch besser erscheint.