

Aus: J. clin. Endocr. Metab. 56: 1120–123 (1983);
cit. Gynäk. Rdsch. 24: 175–176 (1984)

Knochendichte bei amenorrhöischen Frauen mit und ohne Hyperprolaktinämie

Bone Density in Amenorrhöic Women with and without Hyperprolactinemia

Janet A. Schlechter, Barry Sherman, Robert Martin

Departments of Internal Medicine and Orthopedics and Clinical Research Center,
University of Iowa, Iowa City, Iowa, USA

Bis vor kurzem schienen sich die Auswirkungen einer erhöhten Prolaktinserumkonzentration auf das Fortpflanzungssystem zu beschränken (Amenorrhö, Galaktorrhö und Infertilität). Erste Berichte, dass bei einer Hyperprolaktinämie auch systemische Effekte die Folge sein könnten, stammen von *Klibanski* und Mitarbeitern, welche bei amenorrhöischen Frauen mit prolaktinsezernierendem Hypophysentumor eine verminderte Knochendichte finden konnten. Diese wurde auf die verminderte Serumöstradiolkonzentration, die gelegentlich bei diesen Patientinnen gesehen werden kann, zurückgeführt. In dieser Arbeit wird der Versuch unternommen, festzustellen, ob der verminderte Mineralgehalt des Knochens eine spezifische Folge der Hyperprolaktinämie oder einer gestörten Hypophysenonadenfunktion ist, wie sie bei allen amenorrhöischen Zuständen bekannt ist. Aus diesem Grund wurde der Knochenmineralgehalt im Radius durch direkte Photonabsorptionsmessung bei normalen Frauen ohne Regelstörungen, bei amenorrhöischen Frauen mit normalem Serumprolaktinengehalt und bei Frauen mit histologisch bestätigtem prolaktinsezernierendem Hypophysentumor gemessen. Alle untersuchten Frauen zeigten keine signifikanten Unterschiede bezüglich ihres mittleren Alters, ihrer Größe, ihres Gewichtes sowie bezüglich ihrer Serumkalzium-, Phosphor-, Gonadotropin-, Testosteron- und Parathormonkonzentration. Alle hatten eine normale Nieren- und Schilddrüsenfunktion. Der Mineralgehalt des Knochens war bei den amenorrhöischen Frauen mit normalem Prolaktinengehalt $0,91 \pm 0,02$ g/cm und unterschied sich deshalb nicht signifikant von der Kontrollgruppe der normalen Frauen mit $0,88 \pm 0,01$ g/cm. Patientin-

nen mit prolaktinsezernierenden Tumoren, welche 2–5 Jahre nach der transspheoidalen Operation untersucht wurden, zeigten jedoch eine signifikante Verminderung des Knochenmineralgehaltes, gleichgültig, ob sie durch die Operation geheilt wurden oder ob Amenorrhö und Hyperprolaktinämie weiter persistierten. Die Serum-Östradiol-Konzentrationen zeigten in allen Gruppen keinen signifikanten Unterschied, und es konnte keine Korrelation zwischen der Östradiolkonzentration und dem Mineralgehalt des Knochens festgestellt werden.

Für die Praxis ergibt sich aufgrund der Ergebnisse dieser Arbeit eine zusätzliche Forderung, die Hyperprolaktinämie möglichst frühzeitig zu diagnostizieren und einer Therapie zuzuführen.

Für die Klinik ist von Interesse, dass die Frage des Wirkungsmechanismus des Prolaktins auf den Mineralhaushalt des Knochens noch offen bleibt. Die beiden Hypothesen, die einerseits von einer direkten Wirkung, andererseits von einer Wirkung über die Kalzium regulierenden Hormone sprechen, sind eine interessante Anregung zu weiteren Studien.

M. Metka, Wien

Aus: Am. J. Obstet. Gynec. 145: 981–991 (1983);
cit. Gynäk. Rdsch. 24: 176–178 (1984)

Das mikroinvasive Karzinom der Cervix uteri

Microinvasive Carcinoma of the Cervix

*J.R. van Nagell, N. Greenwell, D.F. Powell, E.S. Donaldson,
M.B. Hanson, E.C. Gay*

Departments of Obstetrics and Gynecology and Pathology, University of Kentucky Medical Center, Lexington, Ky., USA

Als Resultat des erfolgreichen zytologischen Screenings beim Zervixkarzinom können Vor- und Frühstadien bei einer zunehmenden Anzahl von Patientinnen diagnostiziert werden.

Im Jahre 1974 wurde vom 'Committee on Nomenclature of the Society of Gynaecologic Oncologists' das mikroinvasive Karzinom der Zervix defi-