

das Körpergewicht nach Verabreichung von AK 103 wieder normalisiert.

Über eine Änderung der Libido wurde mir von den Frauen nichts berichtet.

Eine Schwangerschaft ist bei den 120 Frauen in insgesamt 343 Zyklen nicht aufgetreten.

Zusammenfassung

Es wird über die Anwendung eines neuen Ovulationshemmers (Aconcen®) berichtet. Behandelt wurden 120 Frauen in 343 Zyklen. Bei 21 Frauen traten Nebenerscheinungen auf, die meist nach dem zweiten Zyklus wieder verschwanden. Eine Schwangerschaft ist in den 343 Zyklen nicht aufgetreten. Die gute Verträglichkeit des Präparates berechtigt die Anwendung auf breiter Basis.

Literatur

Bayer, R.: 3. Österreichische, Schweizerische und Bayerische Gynäkologen-Tagung, Luzern, 3. Oktober 1963. — Brennan, D. M., and R. J. Kraay: Acta endocrin. 44, 367 (1963). — Brückner, K., B. Hampel, U. Johnsen: Chem. Ber. 94, 1225 (1961). — Buchholz, R., L. Nocke, W. Nocke: Geburtsh. und Frauenheilk. 22, 923 (1962). DBP. 1075114 vom 29. IV. 1958. — Herrmann, U.: Gynäcologia 155, 87 (1962). — Hohlweg, W.: 3. Österreichische, Schweizerische und Bayerische Gynäkologen-Tagung, Luzern, 3. Oktober 1963. — Kaiser, R.: Dtsch. Med. Wschr. 88, 2325 (1963). — Kalchauer, B.: Wien. Med. Wschr. 114, 134 (1964). — Kirhhof, W.: Landarzt 40, 791 (1964). — Lubitz, A.: Arztl. Prax. 16, 1227 (1964). — Mey, R.: Arzneim.-Forsch. 13, 906 (1963). — Nevinny-Stickel, J.: Zschr. Geburtsh. Gynäk. 161, 168 (1963). — Nevinny-Stickel, J.: Internat. J. of Fertil. IX, 57 (1964). — Pincus, G., J. Rock, G. R. Garcia: Ann. N. Y. Acad. Sci 71, 677 (1958). — Swaab, L.: Geburtsregelung in neuer Form, Erich Hoffmann-Verlag, Heidenheim (1963): 132. — Schreiner, W. E.: Zbl. Gynäk. 85, 500 (1963). — Tyler, E.: J. Amer. Med. Ass. 187, 562 (1964). — Vöge, A., und E. Schöpf: Zbl. Gynäk. 86, 197 (1964). — 13. Deutscher Kongreß für Ärztliche Fortbildung, Berlin, 21. 5. 1964.

(Anschrift des Verf.: Dr. med. Josef Lehmann, Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe, 7410 Reutlingen, Gustav-Werner-Str. 13.)

Erfahrungen mit Anovlar in der Frauenarztpraxis

H. SCHLEGELMILCH, Dortmund

Die Beratung über Konzeption und Antikonzeption in der Frauenarztpraxis gehört von je her zu den dankbarsten, aber auch schwierigsten Aufgaben des Gynäkologen. Seit in den letzten 30 Jahren unsere Kenntnisse über die Ovulation und hormonale Steuerung mehr und mehr gesichert wurden, sind auch die Empfehlungen hinsichtlich der Wirkung sicherer und gefahrloser, so daß von der Anwendung gesundheitsschädlicher mechanischer Apparate abgegangen werden konnte. (Dabei soll aber nicht übersehen werden, daß nach Meinung des Verf. zur Zeit wieder eine zunehmende Nachfrage nach Einlagen von Intrauterinpressaren zu beobachten ist. Anscheinend ist die Werbung in der Laienpresse recht erfolgreich). Ein wesentlicher Fortschritt in dem Bestreben, den Ehepaaren bei der Familienplanung zu helfen, ist aber erst seit Einführung der hormonellen Kontrazeption vor etwa 3 Jahren zu verzeichnen. Im folgenden soll ein Bericht über eigene Erfahrungen mit „Anovlar“ in der gynäkologischen Großstadtpraxis gegeben werden.

Es ist nicht beabsichtigt, die große Zahl bereits vorhandener Arbeiten aus Kliniken und Forschungszentren durch einen weiteren wissenschaftlichen Diskussionsbeitrag zu ergänzen. Über die Frage der Unschädlichkeit bei Verabreichung über längere Zeit liegen hinreichende Erfahrungen und theoretische Erörterungen, vor allem aus den angelsächsischen Ländern, vor. Auch die Frage der Wirksamkeit oder der Unsicherheitsfaktor braucht hier nicht diskutiert zu werden. Aus umfangreichen Berichten ist bekannt, daß die Verhinderung der Ovulation absolut sicher ist. Was mich zu diesem Beitrag veranlaßt, ist: Die menschlichen Belange der in Not

befindlichen Frauen, die in Berichten großer Kliniken meist fehlen, und den nach Meinung des Verf. höchst augenfälligen und erfreulichen **Rückgang in der Abortfrequenz** hervorzuheben.

Als Gynäkologe in einem dicht besiedelten Großstadtgebiet betreut man fast ausschließlich Stammpatientinnen, es gibt wenig „Laufkundschaft“. Wenn in einem solchen Patientinnenbereich nach Einführung der hormonalen Kontrazeption die Zahl der Aborte deutlich absinkt, gibt es nach Meinung des Verf. kein Argument oder Pseudoargument ethischer oder moralischer Art, das man gegen die Anwendung dieser Methode anführen könnte. Die Zahl der artifiziellen Aborte wird nie bekannt werden und die Bemühungen der verschiedenen Gremien um eine ungefähre Schätzung wird die tatsächliche Zahl des erschreckend häufigen artifiziellen Aborts sicher nicht ermitteln können. Zieht man die Mortalität und vor allem die Morbidität durch einen Abort in Betracht, so kann man sich etwa ein Bild vom Ausmaß der Schädigung der Volksgesundheit machen. Hier eine echte Hilfe gebracht zu haben, ist nach Meinung des Verf. das Verdienst der neuen Methode und es wäre von bestimmten ethischen und konfessionellen Denkrichtungen zu erwarten, diese neuen Erkenntnisse Allgemeingut zum Nutzen der gesamten Bevölkerung werden zu lassen.

Es soll betont werden, daß Verf. bei der Beratung seiner Patientinnen versucht, den Wunsch zum Kinde zu wecken oder zu unterstützen wo immer es geht. Oft gelingt es auch, falsche Bedenken gegen eine Schwangerschaft zu zerstreuen.

Aber es ist letztlich Sache der Ehepartner, sich für die Zahl ihrer Kinder zu entscheiden.

In wenigen Worten: Vor Einführung der hormonalen Kontrazeption betrug die durchschnittliche Zahl der **Abortbehandlungen** in meiner Praxis mehr als 10 pro Woche, von denen die überwiegende Mehrzahl sicher artifiziell war und etwa ein Drittel fieberhaft. Heute liegt die Zahl der Abortbehandlungen bei gleichem Patientengut unter 3, die zu gleichen Teilen habituell und artifiziell sein dürften.

In der Berichtszeit erhielten 399 Frauen Anovlar.

Tab. 1:

Indikation	Zahl	Zyklen	
		gesamt	pro Fall
Endometriose	9	54	6
Dysmenorrhoe	3	11	3,7
Sterilität	7	25	3,7
Zyklusstörungen	26	102	3,9
Kontrazeption	354	5 416	15,3
Gesamt	399	5 608	

Besprechung der Ergebnisse:

Endometriose: Die Beurteilung ist schwierig und stützt sich vorwiegend auf den Tastbefund sowie subjektive Angaben. Unter 9 Patientinnen fanden sich 5 mit histologisch gesicherter Endometriose der Adnexe und eine des Tubenstumpfes. Bei allen Behandelten klangen die wechselnd rezidivierenden Beschwerden ab und die Tastbefunde besserten sich bei allen Behandelten.

Die Behandlung der **Dysmenorrhoe** mit Anovlar wurde selten durchgeführt, da wir mit anderen Methoden gleiche Erfolge zu erzielen glauben.

Sterilität: Sterilität wurde dann angenommen, wenn nach zweijähriger normaler Ehe keine Konzeption eingetreten war. Bei 7 Frauen mit Sterilität wurde Anovlar verordnet. (5 Fälle sekundärer und 2 Fälle primärer Sterilität). Die Basaltemperaturmessung zeigte hierbei funktionell-hormonelle Störungen, meist Corp. lut.-Insuffizienz oder anovulatorischer Zyklus. Es wurden zwischen 2 und 5 Zyklen Anovlar eingenommen. Bei 4 von 7 Patientinnen trat zwischen 1 und 4 Zyklen nach Absetzen des Präparates eine Gravidität auf. 2 Patientinnen haben inzwischen normale Kinder entbunden. Bei einer Patientin kam es trotz hormoneller Behandlung zum habituellen Abort M. II—III. Die Frucht konnte nicht untersucht werden, da sie zu Hause ausgestoßen wurde. Die Plazenta zeigte keine Besonderheiten.

Zyklusstörungen: Die 26 Patientinnen verteilten sich auf Altersklassen von 20 bis zu 42 Jahren,

unter ihnen Nulliparae und Multiparae. Die Diagnose einer funktionellen Zyklusstörung wurde teilweise nach Basaltemperaturmessung gestellt. Wie bei der Sterilität wurden anovulatorische Zyklen und auch Gelbkörperinsuffizienz beobachtet. Für meist 3, teilweise bis zu 5 Zyklen wurde Anovlar verordnet. Von den 26 behandelten Frauen sah ich 11 Patientinnen nach Normalisierung von 2—3 Zyklen nach Absetzen des Präparates nicht wieder. 5 Frauen hatten nach 6—10 stabilen Zyklen Rezidive, die restlichen Frauen sehe ich gelegentlich anderer Ordinationen beschwerdefrei. Ein sicherer Erfolg ist also bei 10 von 26 anzunehmen, was bei der Häufigkeit dieser Indikation in der frauenärztlichen Sprechstunde als beachtlicher und auch wirtschaftlich vertretbarer Erfolg zu bewerten ist.

Kontrazeption: Es läßt sich kaum mehr feststellen; wieviele der 354 Frauen mich primär mit dem Wunsch nach antikonzptioneller Beratung aufsuchten und bei wievielen anderen der ärztliche Rat zur Einnahme von Anovlar führte. Es ist immer das Gespräch nach einer Geburt, einer Fehlgeburt oder nach dem Auftreten ehelicher Schwierigkeiten — beispielsweise aus Konzeptionsangst —, das zur Empfehlung einer hormonalen Kontrazeption führt. 5 der 354 Frauen sind unverheiratet, die restlichen haben 0—11 Kinder. Viele hatten zahlreiche Aborte. Es trat in keinem Falle eine Schwangerschaft auf, der kontrazeptive Effekt ist also 100%. Besonders hervorzuheben ist der ausgleichende Einfluß auf Dyspareunien. In vielen Fällen bestand nach mehreren Geburten, offensichtlich unter dem Eindruck einer Konzeptionsangst, eine quälende Frigidität, die eine ernstliche Bedrohung der familiären Harmonie darstellt und vegetative und psychische Dysregulationen im Gefolge hatte. Der überwiegenden Mehrzahl dieser ernsthaft leidenden Frauen konnte geholfen werden, die Störungen schwanden häufig nach 2—3maliger zyklischer Einnahme. Über die Dauer der Behandlung bestehen noch unterschiedliche Ansichten, doch kann sich Verf. der Empfehlung einer kurzfristigen Antikonzption nicht anschließen. Hier dürfte durch Gewöhnung das Gegenteil des beabsichtigten Erfolges erreicht werden. Auch in vielen Fällen ärztlich indizierter Antikonzption (z. B. Nierenstörungen im Gefolge von Eklampsie) wurde keine kurzfristige Antikonzption durchgeführt. Der meist gegebenen Empfehlung entsprechend wurde über 2 Jahre verordnet und danach eine 3monatige Pause eingelegt. Regelmäßige Kontrollen des kolposkopischen Bildes, des Tastbefundes und gelegentliche Leberfunktionskontrollen bei entsprechender Anamnese finden in halbjährlichen Abständen statt. Es soll hier mit besonderem Nachdruck festgestellt werden, daß unter den kontrollierten Frauen 9 im Alter zwischen 27—41 Jahren sind, bei denen atypisches Epithel gefunden wurde. Es wurde bei keiner eine Progre-

dienz festgestellt. In einem Fall ist die vor einem Jahr diagnostizierte, teilweise schollige Leukoplakie in Felderung zurückverwandelt. Bei 4 Frauen nach Ikterus bzw. Hepatitis zeigten die Leberfunktionsproben keine Verschlechterung.

Unverträglichkeit: Bei einer 4-para mit mäßigen Varizen führte Schweregefühl und Spannung im Unterschenkel während des 3. Zyklus zum Absetzen des Präparates (zeitlich kurz nach Erscheinen von Meldungen über tödliche Embolie in der Laienpresse!). Bei 1 Patientin trat im 6. Zyklus ein allergisches Ekzem auf. Nach 3monatiger Unterbrechung wurde die Wiedereinnahme beschwerdefrei vertragen. Eine ursächliche Wirkung ist bei der Allergikerin nicht anzunehmen.

Nebenerscheinungen: Nach Beobachtung von über 5000 Zyklen kommt Verf. zu folgender Ansicht, selbst dann, wenn er sich im Widerspruch zu bestehenden oder veröffentlichten Erfahrungen befindet:

a) Wie bei den meisten ärztlichen Verordnungen ist die im Gespräch mit der Patientin geäußerte ärztliche Ansicht über eine pharmakologische Substanz mitentscheidend für die Wirkung. Das bedeutet weder eine Schmälerung der Pharmakologie noch eine Überbewertung des ärztlichen Wortes. Beide Faktoren sind bei der Beurteilung der Wirksamkeit nicht voneinander zu trennen. Diese Feststellung trifft besonders im Bereich dieses mit Lebensanschauungen, Propaganda und Gegenpropaganda zerplühten Gefildes der hormonellen Konzeptionssteuerung und der Familienplanung zu. „Nebenwirkungen“ störender Art traten dann am häufigsten auf, wenn sie erwartet wurden.

b) Immer, wenn in der Laienpresse diese Erwartungsangst wechselnd provoziert wurde, traten mit den Bedenken „Pseudobeschwerden“ auf.

c) Sexuell und psychisch stabile Frauen, die in harmonischen Verhältnissen mit sexuell normalem Verhalten zu ihrem Partner leben, zeigen nur in seltenen Fällen unangenehme Sensationen wie Übelkeit, Völlegefühl, Brustspannung, Schwindel usw.

d) Egozentrische, die Gemeinsamkeit ablehnende, emanzipierte Frauen stellten das Haupt-

kontingent der Belästigten. Es entsteht hier der Eindruck, daß für manche nun der Vorwand fehlt, sich dem Manne zu versagen und es werden Symptome, die inzwischen hinlänglich bekanntgemacht worden sind, produziert, um die Erleidenssituation in der Ehe weiterhin aufrechterhalten zu können.

e) Frauen, die in vorausgegangenen Schwangerschaften Emesis oder Hyperemesis erlebten, klagten häufiger über Brechreiz und Schwindel in den ersten Monaten der Einnahme.

f) Das Gewicht jüngerer Frauen, die mehrere Geburten und Fehlgeburten hinter sich haben, ist häufig stark reduziert. Die innere Unruhe, eine neue unerwünschte Konzeption befürchten zu müssen, trägt zum Gewichtsverlust bei. Diese Frauen nehmen gewöhnlich von der 3. zyklischen Einnahme ab an Gewicht zu und erreichen dann oft ihr Sollgewicht. Bei einigen hormonell gestörten Frauen, die meist Übergewicht hatten, trat ein nur teilweise reversibler Gewichtsanstieg auf.

Für die Verträglichkeit hormonaler Kontrazeptiva scheint die psychische Ausgangslage und die vegetative Regulation der Frau wesentlich zu sein.

Tab. 2:

	1.—3.		ab 4.	
	Zyklus	%	Zyklus	%
Unverträglichkeit	1			
Zwischen-Blutung*	45	13	21	6,4
Erbrechen	12	3,4	2	0,5
Gewichts-Zunahme	68	19	9	2,5
Amenorrhoe	13	3,8	7	1,9
Phlebitische Beschwerden	2	0,5	—	—
Auffällig schwache Perioden-Blutung	57	16,2	77	21,7

* Die Spitze der Zwischenblutungs-Frequenz liegt im 2. Zyklus, vom 3. Zyklus ab ist eine deutliche Abnahme zu erkennen.

(Anschritt des Verf.: Dr. med. Hans C. Schlegelmilch, Facharzt f. Frauenkrankheiten u. Geburtshilfe, 46 Dortmund, Münsterstr. 119.)