

## Fragen aus der Praxis

### Die »Pille«: (auch) ein Abortivum?

Wiederholt mußte ich meinen Patientinnen die Antwort auf die Frage schuldig bleiben, ob die »Pille« (auch) als Abortivum wirkt. In der Fachliteratur gibt es immer wieder Stimmen, die das bejahen. Ist es richtig, daß die neueren oralen Kontrazeptiva, die ja mit immer geringeren Hormonmengen auskommen, immer weniger als Ovulationshemmer, sondern als Nidationshemmer wirken? Gibt es Präparate, die nur als Ovulationshemmer wirken? Ist eine »Pille danach«, also ein Präparat zur sicheren Nidationshemmung, in der Bundesrepublik bereits im Handel? Was ist in dieser Hinsicht für die nächsten Jahre zu erwarten?

**Antwort:** Die Pille in ihrer klassischen Form wirkt in jedem Falle als Kontrazeptivum, nicht als Abortivum. Bei den Stufenpräparaten und den kombinierten Präparaten kommt es praktisch immer zur Ovulationshemmung. Diese ist allerdings nur eine der Schutzwirkungen. Zusätzlich gibt es (auch beim monophasischen und beim Sequenzpräparat) kontrazeptive Wirkungen am Zervixschleim, am Endometrium sowie Einflüsse auf die Tubenmotilität und schließlich auch auf das Ovar selbst. Freilich ist es richtig, daß bei den modernen, sehr niedrig dosierten Präparaten (»Mikropille«) nicht in jedem Fall eine Ovulationshemmung eintritt. Es scheint hier häufiger zu Durchbruch-Ovulationen zu kommen. Die nicht ausreichende Hemmung des Follikelwachstums durch solche niedrig dosierten »Pillen« ist auch ablesbar an dem gehäuften Auftreten von Ovarialzysten oder zystischen Ovarien unter der Gabe niedrig dosierter Östrogen-Gestagen-Präparate. Es besteht dabei zwar meistens ebenfalls eine Hemmung des Follikelwachstums und der Ovulation, jedoch eben nicht immer, und in solchen Fällen kommt zusätzlich die Wirkung auf den Zervixschleim zur Geltung: Sie dürfte dann die hauptsächliche kontrazeptive Wirkung ausmachen. Ein Einfluß auf das Endometrium und die Tubenmotilität ist sicher auch vorhanden, aber wahrscheinlich geringer. Die Wirkung ist also in etwa so, wie wir sie von der »Minipille« kennen, mit ganz überwiegendem Einfluß auf den Zervixschleim im Sinne einer Hemmung der Spermienpenetration und zusätzlich einer – allerdings nicht immer sicheren – Ovulationshemmung.

Zusammenfassend ist also zu sagen, daß bei niedrig dosierten Präparaten die Wirkung auf den Zervixschleim im Vordergrund steht, daß aber wohl die Erschwerung der Nidation über die Veränderungen am Endometrium und in der Tubenmotilität ebenfalls eine Rolle spielt. In diesem Zusammenhang kann man die »Pille« aber nicht als Abortivum bezeichnen: Ihre Wirkung setzt ja vor der Nidation ein. Ein solches »Abortivum« ist jedoch offenbar in den Antiprogesteron-Prä-

paraten zu sehen, die gegenwärtig untersucht und klinisch geprüft werden.

Präparate, die ausschließlich als Ovulationshemmer wirken, gibt es nicht. Sicherlich wirken aber die Präparate mittlerer Dosierung ganz überwiegend als Ovulationshemmer. Auch sie üben jedoch zusätzliche kontrazeptive Wirkungen über den Zervixschleim und das Endometrium aus.

Die »Pille danach« ist als Tetragynon® bereits seit einiger Zeit im Handel. Dabei handelt es sich tatsächlich um einen Nidationshemmer von hoher Sicherheit. Ein reines Abortivum wie die Antiprogesteron-Präparate wird in Deutschland nicht oder nur unter sehr restriktiven Bedingungen in den Handel kommen, da die Verabfolgung bei bestehender Schwangerschaft, wenn nicht eine medizinische Indikation besteht, ein Vergehen gegen den § 218 StGB bedeuten würde. Für diese Substanzen gibt es aber eine Reihe anderer Indikationen; es wird in Betracht gezogen, sie zur Geburteinleitung und zur Behandlung des Mammakarzinoms einzusetzen. Was hier die Zukunft bringen wird, ist zur Zeit noch nicht abzusehen.

Prof. Dr. C. Lauritzen  
Zentrum für Gynäkologie und Geburtshilfe  
Klinikum der Universität  
Prittwitzstr. 43  
D-7900 Ulm

### Radiologische Untersuchungen bei Plasmozytom

Welche nuklearmedizinischen Untersuchungsverfahren sind bei Patienten mit diffusem Plasmozytom indiziert? Trifft es zu, daß beim Plasmozytom die Knochenszintigraphie der Röntgentechnik unterlegen ist? Welche Bedeutung hat in diesem Zusammenhang die Knochenmarkszintigraphie?

**Antwort:** Aus umfangreichen Untersuchungen geht klar hervor, daß die bei anderen Skelettaffektionen so sensitive Knochenszintigraphie beim Plasmozytom der Röntgenuntersuchung deutlich unterlegen ist (2, 6). Nur gelegentlich sind Skelettherde szintigraphisch bei negativem Röntgenbefund nachweisbar (5). Größere Herde lassen sich manchmal im Szintigramm als »cold lesions« nachweisen (3, 7). Das Knochenszintigramm ist daher beim Plasmozytom nur dann indiziert, wenn der Röntgenbefund negativ ist, der Patient jedoch über lokale Beschwerden klagt. Demgegenüber hat die in den letzten Jahren entwickelte Knochenmarkszintigraphie mit  $^{99m}\text{Tc}$ -Nanokolloid bei der