

## Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften

### Nordwestdeutsche Gesellschaft für Gynäkologie

72. Tagung in Timmendorferstrand, 18./19. 10. 1969

Vorsitzender: Prof. Dr. W. v. Massenbach (Lübeck)

Berichterstatter: Prof. Dr. F. Oberheuser (Lübeck)

#### II. Teil

#### IV. Referat

**Prill, H. J. (Siegen): Psychosomatische Auswirkungen nach der Einnahme von Ovulationshemmern.** Zunächst werden die positiven psychosomatischen Auswirkungen der Ovulationshemmer genannt, welche die Frau von dem Zwang, sich biologischen und sozialen Bedingungen zu unterwerfen, frei machen. Dazu gehört die Mißlichkeit unehelicher Mutterschaft, die Demütigung einer Muß-Ehe, die Entscheidung für die Mutterschaft und zum Aufbau einer bewußten Elternschaft oder auch nur einer gemeinsamen Lebensgestaltung, in der zunächst noch der Beruf oder die Berufsausbildung eine Schwangerschaft nicht ratsam erscheinen läßt. Die Freiheit zur Entscheidung des Child-Spacing zur vermehrten Hinwendung an die bereits vorhandenen Kinder mit ihren größer gewordenen Aufgaben, die Befreiung von der Schwängerungsangst und den psychosomatischen Auswirkungen, die dadurch gegeben sind, sind weitere positive Auswirkungen. Die Ovulationshemmer werden heute vorwiegend aus diesen Gründen genommen, während sexuelle Wünsche praktisch ohne Belang sind. 90% der Frauen sind mit den Ovulationshemmern zufrieden, obwohl eine Reihe von Nebenwirkungen vorkommen. — Die vegetativen Symptome werden mit großer Unterschiedlichkeit angegeben, wobei es gilt, den Placebo-Effekt abzugrenzen und die Häufigkeit dieser Symptome in der Durchschnittsbevölkerung zu berücksichtigen. In der überwiegenden Anzahl sind es nur leichte Affektionen, die einen zwar spürbaren, aber selten nachhaltigen Einfluß gewinnen. Die größte Häufigkeit ist im ersten und zweiten Zyklus vorhanden, nach  $\frac{1}{2}$  Jahr ändert sich die Anzahl von Nebenwirkungen nicht mehr wesentlich. — Bei den psychischen Nebenwirkungen wird in 2 bis 15% von einer depressiven Verstimmung und nach Petersen bei 46% der Frauen überhaupt von affektiven Veränderungen gesprochen. Nach eigenen Untersuchungen klagten 3% über stärkere psychische Verstimmungen, und 17% gaben an, überhaupt in ihren Stimmungen verändert worden zu sein. Es wird dann auf das von Petersen angegebene dysphorisch-antriebschwache Psychosyndrom eingegangen; die ätiologischen Möglichkeiten besonderer MAO-Aktivität und einer unspezifischen Psychogenese werden diskutiert. Für die Verordnung der oralen Kontrazeption können keine festen und allgemein gültigen Regeln aus psychologischer oder psychosomatischer Sicht aufgestellt werden. Bei Epileptikerinnen und bei Frauen mit Wochenbettspsychosen in der Anamnese sind Ovulationshemmer nicht indiziert. — Die Nebenwirkungen zeigen, daß die Ovulationshemmer noch kein ideales Verhütungsmittel sind. Sie stellen uns vor die Aufgabe, Brauchbares durch Besseres zu ersetzen.

**Aussprache:** F. Deich (Hamburg): Herr Prill hat in seinem Referat mit Recht die „unheilvolle Rolle der Laienpresse“ erwähnt, durch welche die Frauen, welche Ovulationshemmer nehmen, verängstigt werden. Ich möchte dazu folgendes bemerken: In der Regel stammen die Nachrichten über schädigende Nebenwirkungen von Ovulationshemmern von Ärzten, die aus welchen Gründen auch immer die „Pille“ ablehnen. Die Meldungen kommen über die großen Agenturen in die Redaktionen der Zeitungen, die gar nicht in der Lage sind, die Richtigkeit der Meldungen nachzuprüfen. Nur ganz wenige Zeitungen können sich den Luxus erlauben, approbierte Ärzte für die medizinische Berichterstattung anzustellen. In der Bundesrepublik verfügen „Die Welt“ in Hamburg und die FAZ in Frankfurt über solche Regulative. Ich halte in der „Welt“ alle Nachrichten über angebliche Schädigungen durch die Ovulationshemmer zurück, wenn man den Meldungen entnehmen kann, daß sie nicht seriös sind, und das sind sie in der Regel nicht. So wurde erst in den letzten Tagen aus England gemeldet, daß ein 23jähriges Mädchen „nach Einnahme von Antibaby-Pillen an einer Lungenembolie“ gestorben sei. Hier war der Kausal-

zusammenhang nicht klar. Deshalb wurde die Meldung nicht gedruckt. Zeitungen „ohne ärztlichen Beistand“ können aber nicht beurteilen, ob hier ein Kausalzusammenhang gegeben ist oder nicht. — Wenn ich in der „Welt“ — wie erst kürzlich geschehen — berichte, daß Prof. Haller (Göttingen) die Meldungen aus England über erhöhte Emboliegefahr bei Frauen, die Ovulationshemmer regelmäßig nehmen, als „statistisch nicht gesichert“ und „daher übertrieben“ genannt hat, dann erhalte ich von Frauenärzten, welche die „Pille“ ablehnen, Leserzuschriften, in denen Dutzende von Krankheitssymptomen aufgezählt werden, die angeblich auf die „Pille“ zurückgeführt werden müssen. Man kann solche Zuschriften nicht einfach in den Papierkorb werfen, ohne sich den Vorwurf der „Meinungs-Manipulation“ zuzuziehen. Ich helfe mir jetzt dadurch, daß ich den Kollegen schreibe, ich bäte um ihr Einverständnis, daß die aufgezählten Schädigungen durch die „Pille“ vor der Veröffentlichung der Göttinger Frauenklinik zur Prüfung eingesandt werden. Meist höre ich dann von den Kollegen nichts mehr. Man kann also nicht der Laienpresse allein den Vorwurf machen, sie verängstige die Frauen, sondern man muß bedenken, daß immer noch etwa 5% aller Ärzte der Ansicht Dr. Schaeztings sind, man dürfe nicht mit Hormonen in den Zyklus eingreifen. Das „Hände weg von den Keimdrüsen“ kehrt auch in den Zuschriften immer wieder, vor allem von Frauenärzten aus Westberlin. — G. Iversen (Bad Segeberg): Die Ausführungen des Kollegen und Publizisten Dr. med. F. Deich („Die Welt“ Hamburg) machen deutlich, wie schwierig es sein kann, in der Laienpresse zuverlässig über bestimmte Sachfragen zu informieren (Beispiel: Fraglicher Zusammenhang zwischen der Einnahme eines Medikaments und vermuteten Nebenwirkungen desselben). Mit seinen z. T. fast tragikomischen Hinweisen bestätigte Deich die Bedeutung des Informationsstandes der Konsumentinnen von kontrazeptiv wirkenden Hormonpräparaten. Bei den Ärzten ist neben dem eigenen Informationsstand sicherlich für die fraglichen „Nebenwirkungen“ des verordneten Medikaments ungemein bedeutungsvoll die Rolle, die der Verordnungsgeber für die Ratsuchende (übernommen) hat. — Wenn wir die Mündigkeit unserer Patienten bejahen und fördern wollen, müssen wir uns fragen, ob dafür die „Weisungs“-Funktion ausreicht, mit der viele Ärzte auf einem Podest stehen und lediglich mit dem Rezept einige — knapp gehaltene — Anweisungen geben. Autoritative Anweisungen dürften in der Regel für die Entscheidungsreife der Patientinnen wohl kaum hilfreich sein. — Meine Frage an Herrn Kollegen Prill ist, in welchem Umfang (geschätzter Prozentsatz) Ärzte nach seinen Erfahrungen heute bereit sind, anstelle einer autoritativen Weisungsfunktion eine Berater-Funktion zu übernehmen. Von besonderem Interesse wäre die Frage, ob sich eventuell dieser Funktionswandel in der Rolle, die der Arzt gegenüber seinen Patientinnen spielt, bei der Verordnung oraler Kontrazeptiva durch den praktizierenden Allgemeinarzt anders (eventuell aussichtsreicher) vollzieht als bei den (Frauen-)Fachärzten. — Müssen wir nicht zur Förderung der Eigenverantwortung der Patienten (gegründet auf eine langsam wachsende Entscheidungsreife) die autoritative Weisung abbauen zugunsten einer Beratung mit einer gewissen Entscheidungsfreiheit der Patientinnen? — Deren Arzt könnte dann allerdings künftig kaum noch auf einem autoritativen Podest verharren, sondern „nur“ auf dem festen Boden seines größeren Wissens und seiner laufend kritisch überprüften Erfahrungen, die ihm schließlich souveräne Autorität verleihen werden! — H. Schwenicke (Hamburg): Zu vorstehendem Thema wird zum Ausdruck gebracht, daß die jungen Mädchen und jungverheirateten Frauen überhaupt nicht nach Folgeerscheinungen fragen, sondern lediglich ein Rezept für die „Pille“ begehren. Erst Frauen über 30 Jahre und ältere fragen nach diesen Erscheinungen und bitten um Aufklärung. Zu bemerken ist noch, daß die Einnahme von Ovulationshemmern die Heilungstendenz bei der Behandlung der Zervitiden und Scheidenwandentzündungen verzögert. — H. Dietel (Hamburg) berichtet seine Erfahrungen mit der sogenannten 3-Monatsspritze, die durchweg negativ waren. — Schlußwort: H. J. Prill (Siegen) zu Herrn Deich: Wir wissen um die Schwierigkeit der Darstellung in der Laienpresse und sind daher den verantwortungsbewußten Journalisten für ihre Arbeit sehr dankbar. Von ärztlicher Seite ist es sicher notwendig, sich in verstärktem Maße positiv zu äußern, um ein Gegengewicht gegen die zahlreichen negativen Pressestimmen zu geben. — Zu Herrn Iversen: Die Frage ist exakt mit Zahlen nicht zu beantworten. Auf dem letzten Deutschen Gynäkologenkongress ist aus der Tübinger Klinik ein erster Versuch gemacht worden, das Arzt-Patientin-Verhältnis im gynäkologischen Bereich etwas näher zu beleuchten. Das fast indi-

viduelle Verhältnis, das sich immer wieder wandelt, ist von Balint (Tavistock-Klinik London) und seinen Mitarbeitern untersucht worden, wobei sie sich aber auf die psychodynamischen Zusammenhänge in ihrer Untersuchung beschränkt haben. Etwa 10% der Frauen der Marplan-Studie (1965) äußerten, daß der Arzt auf Wunsch die Pille nicht rezeptiert habe. Diese Zahl dürfte heute kleiner geworden sein. Als Eindruck ist aber wohl festzuhalten, daß das Arzt-Patientinnen-Verhältnis bis heute weitgehend autoritär ist und wahrscheinlich auch in manchen Bereichen sein muß. Dort aber, wo soziale und ethische Indikationen entscheidend sind, sollte der Patientin Entscheidungsfreiheit gegeben werden. — Zu Herrn Diétel: Herrn Diétel ist recht zu geben, daß die Anwendung der MAO-Hemmer zumindest sehr zu überlegen ist. Die Indikation könnte bei starken depressiven Verstimmungen oder gravierender psychischer Symptomatik nur kurzfristig sein, wenn gleichzeitig keine andere Möglichkeit der Kontrazeption besteht.

#### Freie Vorträge

**18. Hertel, H. (Gießen): Anatomische und funktionelle Veränderungen der Harnorgane durch gynäkologische Erkrankungen.** Um die Auswirkungen gutartiger gynäkologischer Erkrankungen auf die Harnorgane zu prüfen, wurde bei 54 Patientinnen prä- und postoperativ eine Nierendiagnostik vorgenommen. Folgende Untersuchungsmethoden wurden verwandt: 1. das Isotopennephrogramm mit  $J^{131}$ -Hippuran, 2. das Infusionsurogramm mit Conray, 3. die Auswertung von K-Urin mittels Keimzählung und Kultur. Nach ihrer Grundkrankheit wurden die Frauen in 2 Gruppen eingeteilt: a) Patientinnen mit Descensus vaginae et uteri, bei welchen die vaginale Uterusexstirpation mit anschließender Plastik vorgenommen wurde. b) Patientinnen mit Uterus myomatosus, bei denen die abdominale Uterusexstirpation notwendig war. Bei Auswertung der Ergebnisse zeigte sich präoperativ eine erhebliche Auswirkung der gynäkologischen Befunde auf die Harnorgane. So fanden sich im Isotopennephrogramm bei beiden Kollektiven 70% pathologische Befunde. Im Infusionsurogramm konnten nicht alle pathologischen Befunde erfaßt werden, noch geringer war die Anzahl der Frauen, die eine Bakteriurie aufwiesen. Die postoperative Besserung der renalen Schädigungen betrug durchschnittlich 50%. — Abschließend ist zu sagen, daß die Indikation zur Operation bei gynäkologischen Erkrankungen auch den Gesichtspunkt der Schädigung der Harnorgane nicht vernachlässigen sollte. Bei der vergleichenden Betrachtung der Ergebnisse erweist sich die Isotopennephrographie in den nicht übereinstimmenden Fällen als die empfindlichere Methode.

**19. Rauskolb, R. (Gießen): Die Wirksamkeit einer antibiotischen Prophylaxe des Katheterinfekts nach gynäkologischen Operationen.** Infektionen der Harnwege im Anschluß an gynäkologische Operationen sind häufig und vor allem durch den Dauerkatheter bedingt. Von einer Antibiotikaprophylaxe wird in der Praxis reze Gebrauch gemacht, die Erfolge werden aber in der Literatur als ungenügend bezeichnet. Die Wirksamkeit einer Antibiotikaprophylaxe auf den Katheterinfekt wurde überprüft. Durch eine postoperative parenterale und später auch oral fortgeführte Tetrazyklinprophylaxe sinkt die Infektionsrate bis zur Entfernung des Dauerkatheter von 73,5% ohne prophylaktische Medikation auf 24%; bei Berücksichtigung des operativen Vorgehens von 87,5% auf 27,2% nach vaginalen und von 61,2% auf 21,4% nach abdominalen Operationen. — Eine erst nach Entfernen des Dauerkatheter einsetzende gezielte Antibiotikatherapie vermag bis zur Entlassung die hohe Infektionsrate von 73,5% auf 30% zu senken, während trotz vorbeugender und im Bedarfsfall fortgeführter Antibiotikabehandlung bei Entlassung auch noch 22% der Patientinnen eine Bakteriurie aufwiesen. Eine generelle antibiotische Prophylaxe erscheint daher wenig sinnvoll, eine gezielte und damit weniger aufwendige antibiotische Behandlung des Katheterinfekts ist nahezu gleich wirksam. — Da noch lange Zeit postoperativ Harnwegsinfekte auftreten, kommt den Nachuntersuchungen große Bedeutung zu. 6 Wochen nach der Entlassung betrug die Bakteriuriehäufigkeit noch 15,8% (10,5% sind Neuinfekte), nach einem halben Jahr 7%, wobei es sich dabei ausschließlich um Neuinfekte handelte. Mit einer lange währenden postoperativen Infektprädisposition der Harnwege, besonders nach vaginalen Operationen, muß gerechnet werden.

**20. Lehmann, F., K. Stripling, N. Bleese und D. Krebs (Hamburg): Der Nachweis von Sperma-Antikörpern bei Frauen mit ungeklärter Sterilität.** Die Seren von

- Vagina duplex 1503\*  
 Vaginakarzinom, primäres, Behandlungsergebnisse 528\*  
 Vaginalzytologie 638  
 Vakuumaspiration 120\*  
 Vakuumextraktion, Auswirkung 1441, 1446  
 —, Gefährdung des Neugeborenen 1285, 1446  
 Vakuumextraktor, Modell, eigenes 185\*  
 Vena-cava-inferior-Syndrom 1441  
 Venenblut, mütterliches 834\*  
 Venenerkrankungen, periphere 1672\*  
 Venentonus 1527\*  
 Veränderungen, zyklische 486\*  
 —, zyklusabhängige 880  
 Verlauf, postoperativer 1605\*  
 Vesikourethroplastik, rektale 101  
 Vibrodilatation 120\*  
 Vitamin E 361\*  
 Vorderhauptslage, dorso-anteriore 69\*  
 Vorhof, rechter, Myomexstirpation 1576  
 Vulvahämatom, spontanes 585\*
- W**  
 Wachstumshormon 1732  
 Wasserhaushaltveränderungen 392\*  
 Wehen, Beeinflussung 257\*  
 Wehenhemmung mit Äthanol 1445  
 Wehenmittel, synthetische 1374\*  
 Wehenschmerz 1047  
 Wehentätigkeit 1527\*, 1575  
 —, Auslösung 1046  
 Wiedemann-Syndrom 1287  
 Wimböfer, Heinrich 1193\*  
 Wirkung, teratogene 1287  
 Wo sind welche? 912\*  
 Wochenbettobstipation 1160  
 Wochenbettpsychosen 544  
 Wundverschluß, nahtloser 1725
- X**-Chromosom, Strukturanomalie 1089
- Z**  
 Zangenentbindung 478  
 Zentralnervensystem, Funktionszustand 1047  
 Zervixinsuffizienz, Behandlung 1478  
 Zervixkarzinom 1253\*, 1446, 1734  
 —, Frühdiagnostik, Resultate 691\*  
 —, Lymphknotenbefall 1440  
 Zervixveränderungen, neoplastische Diagnose 384  
 Zottenoberfläche, Bestimmung 727\*  
 Zuckergußkrebs der Gebärmutter 1556\*  
 Zügelplastik nach Bracht, Erfahrungen 1433  
 Zwerchfellhernie, konnatale 1436  
 Zwillinge, siamesische, Münchner 1287  
 Zwillingskinder, Gewichtszunahme 628\*  
 Zyklophosphamidbehandlung, Ergebnisse 700\*  
 Zyklus, anovulatorischer 1545\*  
 —, ovulatorischer 1545\*  
 Zyklusanomalien 643  
 Zyklusstörungen 392\*  
 —, Behandlung, hormonale 752\*  
 Zyste, imitierende 1429\*  
 Zytogenetik 1090  
 Zytologie 654  
 —, klinische 1008  
 Zytomegalievirus 1734  
 Zytostatika 201\*  
 —, In-vitro-Testung 1253\*  
 Zytostatikatherapie 1685\*  
 Zytostatikawirkung in vitro 849\*