

## Fragen aus der Praxis

### Teleangiektasie-Behandlung

*Frage:* Welche Möglichkeiten gibt es zur Behandlung kosmetisch störender Teleangiektasien? Welche sind für die Praxis empfehlenswert?

*Antwort:* Die Behandlung einzelner störender Teleangiektasien ist leicht, die Behandlung großflächiger Teleangiektasien dagegen sehr langwierig. Therapeutisch kommt alleine punktförmige Elektrokoagulation der erweiterten Gefäße mit der Diathermie-Nadel in Betracht. Wenn nötig, Blutstillung mit Clauden®-Puder oder Fibrospum®. Bei flächenhaft auftretenden Teleangiektasien müssen viele Sitzungen durchgeführt werden. In kosmetisch relevanten Hautbereichen ist auch an Überdeckung mit einem wasserfesten Make-up wie Covermark® zu denken.

Prof. Dr. O. Braun-Falco  
Dermatologische Klinik und Poliklinik der Universität  
8000 München 2, Frauenlobstr. 9

### Verweildauer von Intrauterinpressaren

*Frage:* Wie lange dürfen kupferhaltige Intrauterinpressare liegen bleiben? Wann ist auch ohne besondere Symptome eine Entfernung erforderlich?

*Antwort:* Kupferhaltige Intrauterinpressare sollten nach zwei Jahren ausgewechselt werden, da nach dieser Zeit die tägliche Kupferabgabe von 50 µg unterschritten wird und somit die kontrazeptive Wirkung nachläßt. Das von den Intrauterinpressaren abgegebene Kupfer führt zu keiner Erhöhung des Plasmakupferspiegels. Hingegen kommt es in den ersten drei Anwendungsmonaten während des ganzen Zyklus zu einem Anstieg des Kupfergehaltes im Endometrium. Danach findet sich ein erhöhter Kupfergehalt im Endometrium nur noch in der Sekretionsphase. Im Endometrium lassen sich eine vermehrte Proteinkonzentration und enzymatische Veränderungen nachweisen. Ein direkt hemmender Effekt auf die Spermien wird diskutiert. Bereits nach kurzer Liegezeit sind die Pessare mit polymorphkernigen Leukozyten behaftet, und im Endometrium treten vermehrt Leukozyten, Lymphozyten und Makrophagen auf. Die Vernichtung von Blastozysten oder Spermien durch Phagozytose oder Proteolyse und die Beschleunigung des Eitransportes durch die Tube werden diskutiert. Man darf annehmen, daß die kupferhaltigen Intrauterinpressare ebenso wie alle anderen Pessare eine Veränderung des Endometriumfaktors herbeiführen und damit nidationshemmend wirken. Sie zählen somit rechtlich und nach überwiegender Ansicht nicht zu den Abortiva. Die Sicherheit ist im Vergleich mit anderen Intrauterinpressaren bei den kupferhaltigen mit einem Pearl-Index um 1,5 bis 2 relativ hoch. Die Frequenz an Spontanausstoßungen, der häufigsten Ursache von Versagern, ist relativ gering und wird in großen Statistiken nur von der des Dalkon-Schildes unterboten. Wegen Blutungsanomalien oder Schmerzen müssen kupferhaltige Intrauterinpressare nach unseren Erfahrungen etwas weniger häufig als andere Modelle entfernt werden. Adnexentzündungen treten

nicht häufiger auf als im Durchschnitt der weiblichen Bevölkerung.

Prof. Dr. P. Bailer  
Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
am Klinikum der Universität  
6300 Gießen, Klinikstr. 32

### Morbus Addison

*Frage:* 1. Kommt es bei jahre- bis jahrzehntelanger Corticoidtherapie (Prednisolon und 9- $\alpha$ -Fluorhydrocortison bzw. Desoxycortisonacetat intramuskulär) des Morbus Addison zu den gleichen Nebenwirkungen (Steroiddiabetes, Osteoporose, Herabsetzung der Immunabwehr) wie bei anderen Erkrankungen, die mit Corticosteroiden behandelt werden? Ergibt sich dabei eine Dosisbeziehung zu den Nebenwirkungen? 2. Empfiehlt es sich, Addison-Patienten den Aufenthalt in einem Reizklima generell zu verbieten? 3. Sind Patienten, die an chronischer Nebenniereninsuffizienz leiden, einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt?

*Antwort:* Ad 1. Die Substitutionstherapie des Morbus Addison sollte nicht mit einem synthetischen, sondern dem physiologischen Glucocorticosteroid Cortisol durchgeführt werden. Dieses Hormon korrigiert in einem großen Teil der Fälle auch den Natriumverlust, so daß bei genügender Salzzufuhr die Gabe eines Mineralocorticoids überflüssig ist. Berücksichtigt man diese Tatsache, verabreicht nicht mehr Hormon als nötig und gibt diese Dosis dem zirkadianen Rhythmus entsprechend (morgens zwei Drittel, nachmittags ein Drittel), so sind keine ernsthaften Nebenwirkungen zu erwarten. Darin besteht der entscheidende Unterschied zur pharmakodynamischen Therapie, wie sie zum Beispiel bei gewissen Phasen der chronischen Polyarthritis angewandt wird.

Schwieriger ist die Situation, wenn die Anwendung von Mineralocorticoiden, zum Beispiel 9- $\alpha$ -Fluocortisol oder Doca, notwendig ist. Ihre therapeutische Breite ist geringer, es kann daher relativ leicht zu Blutdruckanstieg, Ödem oder Herzinsuffizienz kommen. Allerdings führen diese Präparate nicht zu den sogenannten Glucocorticoid-Nebenwirkungen.

Ad 2. Der gut eingestellte und informierte Addison-Patient kann ein normales Leben führen. Es bestehen keine Bedenken, daß er seinen Urlaub in einem Reizklima verbringt. Erfahrungen mit Addison-Kranken, welche Gebirgstouren machen, zeigen allerdings, daß die Substitutionsdosis bei solchen Gelegenheiten etwas erhöht werden muß. Der sich gut beobachtende Patient kann und soll diese Anpassung selbst vornehmen.

Ad 3. Weder der Morbus Addison noch die richtig dosierte Substitutionstherapie bedingt eine erhöhte Infektionsbereitschaft. Diese Gefahr besteht nur bei Überdosierung.

Prof. Dr. H. Kaiser  
I. Medizinische Klinik des Krankenhauszweckverbandes  
Westkrankenhaus  
8900 Augsburg, Langemarckstr. 11