

Leichte Atrophie ohne Herdbildungen	n = 4
Schwere Atrophie ohne Herdbildungen	n = 5
Schwere Atrophie mit Herdbildungen	n = 30
Leukoplakischen Herden	12
davon im Niveau	4
davon prominent	8
Sekundären Veränderungen	12
davon Fissuren, Rhagaden	6
davon Superinfektionen	6
Erythroplakischen Herden	6
davon atrophiebedingt	4
davon Hämatombildungen	2

Tabelle 3: Grad der Vulvaatrophie bei 39 Frauen vor Behandlungsbeginn

Überlebensdauer nach kardiopulmonaler Reanimation im Krankenhaus

Prognostische Faktoren, welche die Ergebnisse nach kardiopulmonaler Reanimation im Krankenhaus bestimmen, sind wenig bekannt. Prospektiv wurden 294 Patienten, die in einem Universitäts-Lehrkrankenhaus reanimiert wurden, untersucht. 41 Patienten (14 Prozent) wurden aus dem Krankenhaus entlassen; drei Viertel von ihnen überlebte 6 Monate. Eine multivariate Analyse machte deutlich, daß Pneumonie, Hypotonie, Niereninsuffizienz, Krebs sowie der häusliche Lebensstil vor der Hospitalisation signifikant mit der Letalität im Krankenhaus ($P < 0,05$) zusammenhingen. Keiner der 58 Pneumonie-Patienten und keiner der 179 Patienten, bei denen die Reanimation mehr als 30 Minuten dauerte, überlebten. Von 97 Patienten, die die Reanimation um 24 Stunden überlebt haben, wurden 42 Prozent aus dem Krankenhaus entlassen. Zur Zeit der Entlassung und sechs Monate später waren 93 Prozent der Überlebenden geistig gesund. Obwohl nach der Entlassung generell Depressionen auftraten, tendierten diese zur späteren Lösung. Alle Patienten berichteten über einen gewissen Leistungsabfall, der oft auf Angst zurückgeführt wurde. Dieser Zustand dauerte bis etwa sechs Monate nach der Entlassung an. Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß das Alter allein die Prognose hinsichtlich der Überlebensdauer nach kardiopulmonaler Reanimation oder nach der Anpassung an chronische Erkrankungen weniger beeinflusste als die zugrundeliegende Krankheit.

Dpe

Bedell, S. E.; Delbanco, T. L., et al.: Survival after Cardiopulmonary Resuscitation in the Hospital, *The New England Journal of Medicine* 309 (1983) 569-576. Dr. S. E. Bedell, Division of General Medicine and Primary Care, Beth Israel Hospital, 330 Brookline Ave., Boston, MA 02215, USA

zwei- bis dreimal wöchentlichen Salbenapplikation.

Nur vier Frauen zeigten keine positive Reaktion auf diese Behandlung. Diese Patientinnen wiesen jedoch ein zweites Grundleiden auf, das für die geklagten Beschwerden mitverantwortlich gewesen war: In drei Fällen handelte es sich um eine Dermatose (zwei Ekzeme, eine Mykose) und in einem Fall um einen iatrogen bedingten Introitus angustus nach vaginaler Plastik.

Der Wirkungserfolg wurde in zwölf Fällen durch zytologische Abstriche überprüft: Bei dieser Untersuchung zeigte sich ein mittlerer Rückgang in der Exfoliation parakeratotischer Zellen von 16 Prozent auf fünf Prozent.

6. Nebenwirkungen

Da Testosteron gut transkutan resorbiert wird, muß bei einer langfristigen lokalen Anwendung auch mit Virilisierungerscheinungen gerechnet werden. Diese Nebenwirkungen wurden nach Angaben der früheren Autoren nur selten und nur in geringer Ausprägung festgestellt. Im eigenen Untersuchungsgut traten etwa fünf Monate nach dem Behandlungsbeginn in drei Fällen leichte Nebenwirkungen in Form von Hypertrichose, Klitorishypertrophie und Libidosteigerung auf, die jedoch nicht zu einem Absetzen der Therapie zwangen.

Bei prämenopausalen Frauen, die wegen einer Vulvadystrophie lokal mit Testosteron behandelt werden, sollte jedoch eine ausreichende Kontrazeption gewährleistet sein. Im übrigen gelten für eine lokale Testosterontherapie die gleichen Kontraindikationen wie für eine systemische Anwendung dieses Hormons.

Literatur

- (1) Cinberg, B. L.: Postmenopausal pruritus vulvae, *Am. J. Obstet. Gynec.* 49 (1945) 647-657 - (2) Friedrich, E. G.: Vulvar disease. In: Major problems in obstetrics and gynecology, ed. by Friedmann, E. A., Vol. 9, W. B. Saunders Comp., Philadelphia (1976) - (3) Friedrich, E. G.: Topical testosterone for benign vulvar dystrophy, *Obstet. Gynec.* 37 (1971) 677-686 - (4) Grimmer, H.: Gut- und bösartige Erkrankungen der Vulva, *Klinik und Histologie*, Band 1, Grösse, Berlin (1974) - (5) Janovski, N. A.; Douglas, C. P.: Diseases of the vulva, Medical department, Harper and Row, Hagerstown Maryland (1972) - (6) Kaufman, R. H.: The vulvar dystrophies, *Obstet. Gynec. Ann.* 5 (1976) 345-366 - (7) Kaufman, R. H., Woodruff, J. D.: Historical background in developmental stages of the new nomenclature, *J. Reprod. Med.* 17 (1976) 133-136 - (8) Nauth, H. F.; Schilke, E.: Die zytologische Krebsvorsorge am äußeren weiblichen Genitale. Morphologische Studie an einem großen Untersuchungsgut, *Geburthsh. u. Frauenheilk.* 42 (1982) 739-745 - (9) Nauth, H. F.: Vulva-Diagnostik, *Fortschr. Med.* 10 (1982) 396-400 und 11 (1982) 478-481 - (10) Nauth, H. F.: Zur lokalen Testosterontherapie des Lichen sclerosus der Vulva, *Geburthsh. u. Frauenheilk.* 42 (1982) 476-481

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent
Dr. med. Hans F. Nauth
Sektion Gynäkologische Zytologie und Histologie der Frauenklinik
Universität Ulm
Prittowitzstraße 43, 7900 Ulm