

Dagegen ist bei der Therapie mit Östrogenen, die eine Proliferation des Endometriums hervorrufen, die regelmäßige und differenzierte Verabreichung eines Gestagens angezeigt, um das Risiko eines Endometriumkarzinoms zu verringern. Vor Beginn einer Therapie ist eine Abklärung des Endometriumzustands mit Hilfe eines Gestagentests oder der Vaginalsonographie hilfreich. Bei zyklischer Gestagengabe ist eine Behandlungsdauer von 10 bis 14 Tagen erforderlich, um eine Hyperplasie zu verhindern. Die dazu notwendigen Tagesdosen sind zum Beispiel: 1 mg Norethisteronacetat, 0,075 mg Levonorgestrel, 0,150 mg DL-Norgestrel, 2 mg Chlormadinonacetat, 1 mg

Cyproteronacetat, 5 mg Medroxyprogesteronacetat oder 5 mg Medrogeston. Möglicherweise ist auch der Einsatz des Gestagens in Intervallen von zwei bis drei Monaten ausreichend.

Die alleinige Gabe von Gestagenen ist vor allem bei dysfunktionellen Blutungen in der Prämenopause indiziert. In der Perimenopause ist die zyklische Östrogen/Gestagen-Behandlung die Therapie der Wahl. Zur Vermeidung von Entzugsblutungen können in der späteren Postmenopause Östrogen/Gestagen-Kombinationen kontinuierlich gegeben werden. Allerdings kann es dabei in den ersten Monaten häufig zu Zwischenblutungen kommen. In diesen Fällen

kann eine vorübergehende zusätzliche Gestagengabe das Eintreten der Endometriumatrophie und damit der Amenorrhoe unterstützen. Es hat sich bewährt, die Umstellung von der zyklischen zur kontinuierlichen Therapie erst dann vorzunehmen, wenn die Entzugsblutungen deutlich an Stärke abnehmen.

Prof. Dr. phil. nat. Herbert Kuhl
Abteilung für gynäkologische
Endokrinologie
Universitäts-Frauenklinik
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main

Schlaganfallprophylaxe aus der Sicht des Gefäßchirurgen

Der Schlaganfall ist in der Bundesrepublik die dritthäufigste Todesursache. Darüber hinaus stellt er bei der Bevölkerung mit steigendem Durchschnittsalter eine der häufigsten Ursachen für Invalidität dar. Daher sind die Primärprophylaxe bei transienten neurologischen Symptomen sowie die Rezidivprophylaxe wichtig. Neben der medikamentösen Therapie ist die Karotischirurgie von großer Bedeutung. Die Autoren zitieren Studien der letzten Jahre, die belegen, daß die chirurgische Therapie der rein medikamentösen bei asymptomatischen Karotisstenosen deutlich überlegen ist. Die hier vorgestellte Untersuchung beschäftigt sich mit der Frage, ob zusätzliche Stenosierungen der gegenseitigen A. carotis mit einem erhöhten Operationsrisiko einhergehen.

Hierzu werden retrospektiv 1532 Patienten untersucht, bei denen von 1972 bis 1992 1785 Karotisendarteriekтомien durchgeführt wurden. 54 davon wurden von 1986 bis 1992 wegen beidseitiger Karotisstenosen operiert, das entspricht 9,3 Prozent der in diesem Zeitraum operierten Patienten (578). Das Durchschnittsalter betrug 68,6 Jahre, 32 Prozent waren Frauen. Doppleruntersuchungen und digitale Substraktionsangiographie wurden vor und nach der Operation durchgeführt. Aus den Ergebnissen dieser Untersuchungen wurde der Stenosegrad anhand internationaler Vorgaben berechnet.

80 Prozent der Patienten waren vor dem ersten Eingriff symptomatisch gewesen, dementsprechend wurde vorrangig die entsprechende Seite operiert. Es wurde eine Endarteriektomie mit Patch-Plastik und temporärem intraluminalen Shunt durchgeführt. Bei 57 Prozent der Patienten lag beim ersten Eingriff kontralateral eine Stenose von mehr als 75 Prozent vor.

Angaben über den Stenosegrad der zuerst operierten symptomatischen Seite fehlen leider. Als Komplikation wurden Todesfälle und neurologische Ereignisse innerhalb von 30 Tagen nach der jeweiligen Operation gewertet. Ein Patient verstarb an einem Myokardinfarkt, je ein Patient erlitt eine TIA beziehungsweise einen Apoplex. Dies entspricht einem Operationsrisiko von 4,6 Prozent. Dies liegt höher als bei Patienten mit unilateraler Stenose, jedoch noch unter dem von der American Heart Association vorgeschlagenen Toleranzniveau. In 78 Prozent der Fälle lag postoperativ ein optimales Rekonstruktionsergebnis vor.

Die Autoren kommen aufgrund ihrer Ergebnisse zu dem Schluß, daß auch bei Patienten mit höhergradigen kontralateralen Karotisstenosen beidseitige Karotisendarteriekтомien mit einer geringen Komplikationsrate durchführbar sind. Vorbedingung sind jedoch die sorgfältige Diagnose- und Indikationsstellung sowie Operation durch geschulte Chirurgen mit hoher Operationsfrequenz.

mri

P. C. Maurer, S. v. Sommoggy, S. Fraunhofer, P. Heider: Schlaganfallprophylaxe aus der Sicht des Gefäßchirurgen, *angio* 15, Nr. 5 (1993) 253-260.

Prof. Dr. P. C. Maurer, Abteilung für Gefäßchirurgie, Chirurgische Klinik der Techn. Universität München, Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 81675 München