

Publication**Antipsychotika und Hyperprolaktinämie: Pathophysiologie, klinische Bedeutung, Abklärung und Therapie****JournalArticle (Originalarbeit in einer wissenschaftlichen Zeitschrift)****ID** 1196607**Author(s)** Riecher-Roessler, Anita; Schmid, Christoph; Bleuer, Stefan; Birkhaeuser, Martin**Author(s) at UniBasel** [Riecher-Rössler, Anita](#) ;**Year** 2009**Title** Antipsychotika und Hyperprolaktinämie: Pathophysiologie, klinische Bedeutung, Abklärung und Therapie**Journal** Gynäkologische Endokrinologie**Volume** 23**Number** 2**Pages / Article-Number** 71-83

Hyperprolaktinämie ist eine häufige, vom Endokrinologen und Gynäkologen meist zu wenig beachtete unerwünschte Wirkung herkömmlicher, aber auch vieler neuerer sog. atypischer Neuroleptika wie Amisulpirid, Risperidon oder Ziprasidon. Potenzielle Folgen sind neben der meist fehlenden Galaktorrhö eine Suppression der hypothalamisch-hypophysären-gonadalen Achse mit Hypogonadismus, sexueller Dysfunktion und Infertilität. Bei prämenopausalen Frauen finden sich in der Regel Zyklusstörungen und Amenorrhö mit verminderter Östradiolsekretion. Deren mögliche metabolische Langzeitfolgen sind insbesondere Osteopenie und Osteoporose mit erhöhtem Frakturrisiko, evtl. auch eine Erhöhung der kardiovaskulären Morbidität. Wenn eine Hyperprolaktinämie nicht eindeutig einem prolaktinerhöhenden Neuroleptikum zugeschrieben werden kann, so erfordert sie eine aufwendige Differenzialdiagnose. Deshalb sollten idealerweise schon vor der Gabe eines entsprechenden Neuroleptikum eine Prolaktinbestimmung und eine gezielte Anamnese im Hinblick auf die bekannten verschiedenen klinischen Zeichen der Hyperprolaktinämie erfolgen. Dazu gehören bei der Frau eine genaue Zyklusanamnese, eine gynäkologische Untersuchung und die Beurteilung der Notwendigkeit einer Kontrazeption. Nach der Einstellung auf ein entsprechendes Neuroleptikum sollte die gynäkologische Kontrolle in regelmäßigen Abständen wiederholt werden. Eine eindeutig neuroleptikainduzierte Hyperprolaktinämie ohne klinische Symptome erfordert neben der gynäkologischen Jahreskontrolle lediglich regelmäßige Messungen der Knochendichte mittels DEXA. Treten dagegen klinische Symptome auf, so kann die Umstellung auf ein prolaktinutrales Neuroleptikum indiziert sein. Dabei ist wegen der sich dann häufig normalisierenden Fertilität unbedingt über das wieder erhöhte Schwangerschaftsrisiko zu informieren und ggf. erneut eine Kontrazeptionsberatung durchzuführen. Ist eine Umstellung nicht möglich, so sollte bei Frauen eine Östrogensubstitution erfolgen, die bei Kontrazeptionsbedarf auch mittels eines kombinierten oralen Ovulationshemmers durchgeführt werden kann. Auch bei Männern mit Hypogonadismus ist eine Hormonsubstitution (mit Testosteron) indiziert. Insgesamt sollte die Hyperprolaktinämie bei psychiatrischen Patienten auch vonseiten des Endokrinologen und des Gynäkologen künftig stärkere Beachtung finden.

Publisher Springer**ISSN/ISBN** 1610-2894 ; 1610-2908**edoc-URL** <http://edoc.unibas.ch/dok/A6006772>**Full Text on edoc** Available;**Digital Object Identifier DOI** 10.1007/s10304-009-0316-7**ISI-Number** WOS:000268465600001

Document type (ISI) Review