

Polyzystisches Ovarsyndrom (PCOS)

Definition

Die klassische Definition des PCO-Syndroms (PCOS) beinhaltet das Vorliegen

- einer Oligo-/Amenorrhoe bzw. Anovulation und
- einer Hyperandrogenämie bzw. eines Hyperandrogenismus (Androgenisierungserscheinungen).

Andere Definitionen berücksichtigen als 3. Kriterium

- das Vorliegen polyzystischer Ovarien im Ultraschall und fordern, dass mindestens zwei von den dann drei Kriterien vorliegen müssen.

Wir präferieren die klassische Definition, da sie die kritische Klientel besser erfasst und Falschdiagnosen vermeidet.

Unabhängig davon, welche Definition gewählt wird: andere androgenisierende Erkrankungen müssen diagnostisch ausgeschlossen worden sein.

Pathogenese

Bei der Pathogenese spielen genetische und endokrinologische Faktoren eine Rolle. Häufig – wenn nicht sogar immer – besteht eine herabgesetzte Insulinempfindlichkeit (sog. »Insulinresistenz«). Die erhöhten Insulinspiegel führen zu einer Absenkung des SHBG und zu einer ovariellen Hyperandrogenämie mit konsekutiven Zyklusstörungen. Diskutiert wird ein Einfluss auf die Hypothalamus-Hypophysen-Aktivität. Die Insulinresistenz fördert eine Adipositas, diese wiederum trägt zur herabgesetzten Insulinempfindlichkeit bei.

Diagnostik

Klinische Diagnostik: körperliche Untersuchung, Beurteilung des Grades eines eventuell bestehenden Hyperandrogenismus (Hirsutismus-Score nach Ferriman und Gallwey, Alopezie mittels Ludwig-Score), gynäkologische Untersuchung mit Vaginalsonographie.

Labordiagnostik: differentialdiagnostische Abklärung der Zyklusstörungen und der Quelle der Hyperandrogenämie mit Bestimmung von Östradiol, LH, FSH, Prolaktin, DHEAS, Testosteron, Androstendion, SHBG und TSH. In Abhängigkeit vom Bestehen einer Hyperandrogenämie sowie der Höhe der Werte ist über die zusätzlich erforderliche Bestimmung von 17 α -OH-

Progesteron und Cortisol sowie ggf. eine Funktionsdiagnostik (ACTH-Test, Dexamethason-Kurztest) zu entscheiden.

Ein oraler Glukosetoleranztest mit 75 g Glukose (OGTT) sowie Insulinbestimmung (nüchtern, 1 und 2 Stunden) ist bei jeder Patientin zum Ausschluss einer manifesten Glukosestoffwechselstörung bzw. Klärung einer Insulinresistenz sinnvoll.

Die Mehrzahl der Patientinnen weist normale basale Insulinwerte auf, welche unter der Stimulation dann aber überproportional ansteigen bzw. keinen zeitgerechten Abfall zeigen, also erst in der Insulin-Verlaufsmessung auffällig werden. Stützt man die Aussage über eine periphere Insulinresistenz allein auf die Bestimmung des sogenannten HOMA IR (berechnet aus Nüchtern-Insulin sowie Nüchtern-Blutzucker) fallen dagegen viele Patientinnen nicht auf und werden fälschlicherweise als unauffällig eingestuft.

Therapie

Im Falle eines bestehenden Übergewichtes oder einer Adipositas sollte eine Gewichtsreduktion angestrebt werden. Bei einem BMI >30 kg/m² und einer durch OGTT/Insulinbestimmung (Insulinverlauf!) nachgewiesenen Insulinresistenz kann die off label-Anwendung von Metformin nach Ausschluss von Kontraindikationen (vor allem Leber- und Niereninsuffizienz) die Gewichtsreduktion unterstützen. Bei gleichzeitig bestehendem Kinderwunsch ist unter Metformin eine Zyklusregulierung bis zu regelmäßigen ovulatorischen Zyklen möglich.

Kinderwunsch: Clomifen ist bei der schlanken PCOS-Patientin die Therapie der Wahl. Bei einer adipösen Patientin sollte primär die Gewichtsreduktion im Vordergrund stehen (Ziel: mindestens BMI <30 kg/m² vor Einsatz von Clomifen). Metformin hat vorteilhafte Wirkungen auf die metabolischen Parameter, ist aber Clomifen hinsichtlich der Schwangerschaftsrate signifikant unterlegen.

Bei Clomifen-resistenten PCOS-Patientinnen (keine ovarielle Reaktion auf 100–150 mg Clomifen/Tag) kann – wenn vorher nicht erfolgt – nach Metformin-vorbehandlung die erneute, dann gleichzeitige Gabe von Clomifen und Metformin versucht werden.

Weitere Alternativen sind die Gonadotropinstimulation oder das ovarielle Drilling (laparoskopische Elektro- oder Laserkoagulation der Ovaroberflächen).

In einer Schwangerschaft sollte Metformin abgesetzt werden, da die Evidenz für eine Senkung des Abortrisikos nach wie vor fraglich ist. Bei vorangehenden Aborten, ggf. auch einzelнем Abort, wäre die Weiterverschreibung in der Schwangerschaft zu diskutieren.

Sollte kein Kinderwunsch vorliegen, ist zur Zyklusregulierung sowie therapeutischen Beeinflussung bestehender Androgenisierungssymptome (Alopezie, Hirsutismus, Akne) die Anwendung eines hormonellen kombinierten oralen Kontrazeptivums mit einem antiandrogen wirksamen Gestagen sinnvoll.

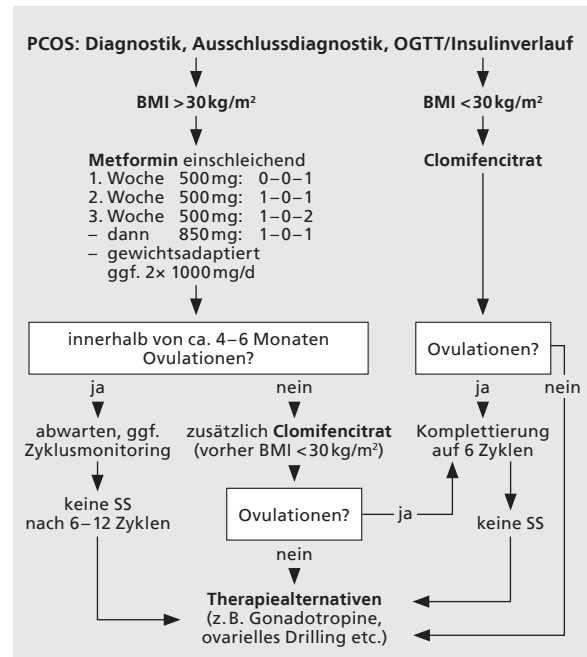


Abb. 1: Mögliches Vorgehen bei PCOS-Patientinnen mit Kinderwunsch

WIR SCHAFFEN WERTE



**Eine Idee.
Ein Unternehmen.
Gemeinsam mehr bewirken.**

Labor vor Ort.
Schnelle Diagnostik und Befundung.

Fachärzte bundesweit.
Interdisziplinäre Kompetenz.

■ Standorte Labor
■ Standorte Klinische Medizin



www.amedes-group.com | info@amedes-group.com