

Polyzystisches Ovarsyndrom

## „Das Erkrankungsbild erfordert eine interdisziplinäre Behandlung“

Meist sind es Gynäkolog(inn)en, die einem polyzystischen Ovarsyndrom (PCOS) bei ihren Patientinnen auf die Spur kommen. Doch bei diesem Krankheitsbild geht es um weit mehr als eine hormonelle Dysbalance der Geschlechtshormone und eine eventuell erschwerte Fruchtbarkeit bei Kinderwunsch – beispielsweise um damit verbundene erhöhte Risiken für Typ-2-Diabetes und eine Fettleber. Welche Fachgruppen in die optimale Diagnostik und Behandlung dieser Patientinnen mit einbezogen werden sollten und wie aktuelle und neue Therapieoptionen aussehen, besprach der änd mit dem internistischen Endokrinologen und Diabetologen Prof. Alexander Mann, ärztlicher Leiter am endokrinologikum Frankfurt und Lehrbeauftragter an der Uni Frankfurt.



Mann: „Die Beschwerden und Behandlungsziele bestimmen die Therapie.“

(c) Fotostudio Schiffer

**Herr Prof. Mann, wie relevant ist das Krankheitsbild PCOS hierzulande und was sind die wichtigsten klinischen Kennzeichen?**

Bei dem polyzystischen Ovarsyndrom (PCOS) handelt es sich um die häufigste endokrinologische Erkrankung bei Frauen im gebärfähigen Alter – die Rate liegt bei rund 15 Prozent. Das Problem dabei: Bis zur endgültigen Diagnose und der dann erst möglichen Chance für medizinische Unterstützung vergehen mitunter Jahre und die Patientinnen haben häufig eine wahre Arzt-Odyssee hinter sich, bis ihnen endlich geholfen werden kann. Mehr als ein Drittel der PCOS-Patientinnen hat bis zur finalen Diagnose zuvor mindestens drei Ärzte/Ärztinnen aufgesucht und bis dahin rund zwei Jahre gebraucht!

Zu den häufigsten Beschwerden zählen Übergewicht (bei mehr als 50 Prozent der betroffenen Frauen – aber keinesfalls bei jeder!) und in nahezu ähnlicher Häufigkeit Zyklusstörungen – also ein Zyklus < 25 beziehungsweise > 35 Tagen bis hin zur Unfruchtbarkeit aufgrund der gestörten Follikelreifung. An einem vermehrten Haarwuchs im Gesicht („Damenbart“) und am Körper leiden aufgrund des dem Krankheitsbild zugrunde liegenden erhöhten Androgenspiegels etwa 40 Prozent der PCOS-Patientinnen, oft gepaart mit Haarausfall/dünner werdenden Haaren im Kopfbereich. Bei einer gynäkologischen Untersuchung (Ultraschall) findet sich bei rund 70 Prozent der PCOS-Patientinnen eine zystenartige Aneinanderreihung der Eibläschen (perlschnurartig).

**Welchen Einfluss nimmt das ja auf den ersten Blick erst einmal typisch gynäkologische Beschwerdebild sonst noch auf den Organismus?**

Wir wissen inzwischen, dass das Erkrankungsbild häufig (aber nicht immer!) von einer übergewichtsbedingten Insulinresistenz begleitet wird. Durch die verminderte Empfindlichkeit der Körperzellen gegenüber Insulin und dadurch ausgelösten erhöhten Insulinwerten kommt es auch in der Nebenniere zu einer vermehrten Androgenproduktion. Insulin wiederum erniedrigt bestimmte Transportproteine der Leber und sorgt dadurch für erhöhte Testosteronspiegel, die wiederum die Gewichtszunahme weiter „befeuern“, dadurch die Insulinresistenz zunehmend antreiben – ein fataler Teufelskreis. In der Folge leiden diese Patientinnen oft schon in jungen Jahren an einem Typ-2-Diabetes, haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Schwangerschaftsdiabetes und aufgrund des meist vorherrschenden Übergewichts auch für eine Fettleber.

Letztendlich befinden sich viele PCOS-Patientinnen also in einer Stoffwechsellage, aus der sie ohne multidisziplinäre medizinische Unterstützung kaum herauskommen. Wie wichtig das ist, belegen aktuelle Zahlen: PCOS-Patientinnen besitzen ein zwei- bis neunfach erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes und ein rund viermal höheres Erkrankungsrisiko für eine Fettleber.

**Sie beschreiben hier das klassische Krankheitsbild, das sich meistens – aber nicht immer – zeigt. Wo sind die Ausnahmen, auf die es zu achten gilt?**

Mein Credo ist: Es gibt in der Medizin kein NIE und kein IMMER. Und genau das zeigt sich auch beim PCOS. Es gibt etliche schlanke Patientinnen mit der Erkrankung – mit oder ohne Insulinresistenz. Und auch die dürfen nicht durch das diagnostische Raster fallen!

In Italien beispielsweise sind deutlich mehr PCOS-Patientinnen normalgewichtig bei einer generell niedrigeren Rate an Übergewicht als bei uns. Aber auch hierzulande gibt es solche Patientinnen.

**Was bedeutet dies für die weiterführende Diagnostik, wenn seitens der Gynäkologie ein PCOS festgestellt wurde?**

Multidisziplinäre Zusammenarbeit ist hier das Stichwort! Bei der Diagnostik und Therapie kommt es auf einen engen Austausch der involvierten Fachkolleg(inn)en an: Gynäkologie/Endokrinologie/Diabetologie und internistische Kompetenz stehen hier im Vordergrund.

Bevor die Diagnose „PCOS“ final gestellt wird, braucht es unbedingt eine anamnestische und labormedizinische Ausschlussdiagnose bezüglich:

- adrenogenitalem Syndrom
- androgenbildendem Tumor
- Schilddrüsenerkrankung (Unterfunktion)
- Störungen der Hirnanhangsdrüse
- Cushing-Syndrom

Erst danach kann die Frage nach konkreten Behandlungsoptionen gestellt werden. Generell empfiehlt sich bei Verdacht auf PCOS ein Glukosetoleranztest (GTT), eine Leber-Sonografie und ein genereller Herz-Kreislauf-Check. Parallel sollten auch Themen wie „Schlafapnoe“ und depressive Verstimmungen/Depressionen aufgrund der hormonellen Dysbalance mit bedacht werden, denn PCOS-Patientinnen leiden vermehrt an depressiven Störungen. Eine entsprechende medikamentöse Behandlung erfordert jedoch eine sehr sorgfältige Risikoabwägung, da etliche Präparate mit einer (weiteren) Gewichtszunahme in Verbindung stehen, die das Krankheitsbild weiter verschlechtert.

**Welche Behandlungsoptionen bestehen denn bei bestätigtem PCOS?**

Das kommt drauf an – die Behandlungsmöglichkeiten richten sich nach dem individuellen Behandlungsziel. Bei Patientinnen mit gynäkologischen PCOS-Problemen ohne aktuellen Kinderwunsch bietet sich eine zyklische Hormontherapie („Pille“) an. Besteht jedoch der Wunsch nach einer Schwangerschaft, kommt vor allem eine internistische Verbesserung der Insulinresistenz durch den Off-label-use von Antidiabetika in Betracht. Eine Reduktion der Insulinresistenz sorgt für eine Besserung von PCOS-Symptomen mit einer verbesserten Fruchtbarkeit. Dies kann gegebenenfalls durch eine Hormonbehandlung ohne Verhütungscharakter zur positiven Beeinflussung des hormonellen Ungleichgewichts unterstützt werden.

Die längsten Erfahrungen bestehen hier für Metformin, beispielsweise zur Unterstützung der Implantation, das in Ausnahmefällen und nach Aufklärung aufgrund der guten Datenlage bis zur 12 Schwangerschaftswoche off label eingesetzt werden kann.

Neuere Antidiabetika wie GLP1-Agonisten oder SGLT2-Inhibitoren sorgen einigen kleineren Studien zufolge für eine deutlichere – und ja häufig wünschenswerte – Gewichtsreduktion. Sie kosten im Gegensatz zu Metformin mit selbst zu zahlenden Quartalskosten von rund 18 Euro im off label use aber ein Vielfaches mehr und kommen daher nicht für jede Patientin in Frage.

**Wie ist Ihre Erfahrung: Wissen die erstdiagnostizierenden Gynäkolog(inn)en genug über die potenziellen Folgen eines polyzystischen Ovarsyndroms und leiten dann entsprechende Schritte ein? Oder braucht es hier noch mehr Aufklärung – möglicherweise auch für die betroffenen Patientinnen?**

Meiner Erfahrung nach hat sich in der Gynäkologie rund um das Thema PCOS in den vergangenen Jahren eine ganze Menge getan. Der sinnvolle therapeutische Einsatz von beispielsweise Metformin und der Bedarf einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Gynäkologie und internistischen Fachrichtungen ist weit durchgedrungen. Ich sehe die Entwicklung sehr positiv. Von Bedeutung wird hier eine momentan in Arbeit befindliche neue nationale und interdisziplinäre Leitlinie sein, bis zu deren Veröffentlichung jedoch sicher noch ein oder zwei Jahre ins Land gehen werden. Aber glücklicherweise gibt es zu der Thematik diverse internationale Leitlinien, die wir zur Orientierung heranziehen können, beispielsweise die aus dem Jahr 2018 stammende „International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome“.

Noch etwas mehr Aufklärung unter den Patientinnen wäre allerdings wünschenswert. Sie müssen sich bewusst werden, dass es sich bei dem polyzystischen Ovarsyndrom um ein komplexes und individuelles Krankheitsbild handelt, das auch eine entsprechend individuelle Therapie erfordert. Auch die mit einem PCOS in Verbindung stehenden internistischen Risiken müssen in Aufklärungs- und Beratungsgesprächen klar und deutlich zur Sprache kommen.

**Welche Fachgruppe sollte bei der Behandlung eines polyzystischen Ovarsyndroms denn die Federführung übernehmen?**

Hier gilt Ähnliches wie bei der Therapieentscheidung: Die vorherrschenden Beschwerden und die Therapieziele sollten hier den Ausschlag geben. Also: Bei bestehendem Kinderwunsch und/oder Zyklusstörungen übernimmt idealerweise eine Facharztpraxis für Gynäkologie die Rolle des federführenden „Lotsen“, ohne Kinderwunsch und/oder bei internistisch geprägtem Beschwerdebild eher die Fachbereiche aus der inneren Medizin.

---

26.06.2021 07:15, Autor: Jutta Heinze, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: <https://www.aend.de/article/212952>