

Polyzystisches Ovar-Syndrom (PCOS)

Diagnostik und Therapie

Definition nach Rotterdam-Klassifikation

Ein PCO-Syndrom liegt vor, wenn mindestens zwei der folgenden drei Kriterien erfüllt sind:

- Oligo-/Amenorrhoe bzw. Anovulation
- Hyperandrogenämie bzw. Hyperandrogenismus (Androgenisierungserscheinungen)
- Polyzystische Ovarien im Ultraschall

Andere Ursachen für eine Hyperandrogenämie/Hyperandrogenismus müssen ausgeschlossen worden sein.

Pathogenese

Faktoren bei der Entstehung sind:

- genetische
- endokrinologische

Häufig:

- Insulinresistenz
 - Erhöhter Insulinspiegel wirkt reduzierend auf SHBG-Serumspiegel und begünstigt Entwicklung einer ovariellen Hyperandrogenämie.
 - Erhöhter Insulinspiegel begünstigt die Entwicklung einer Adipositas.

Diagnostik

Leitsymptome sind:

- Zyklusstörungen (Oligomenorrhoe, Amenorrhoe)
- Hyperandrogenismus

Klinische Diagnostik

- Körperliche Untersuchung
- Beurteilung von Ausprägung des Hyperandrogenismus (Hirsutismus mit Ferriman und Gallwey, Alopezie mittels Ludwig-Score)
- Gynäkologische Untersuchung mit Vaginalsonographie

Labordiagnostik

- Abklärung differentialdiagnostisch
 - Zyklusstörungen
 - Quelle der Hyperandrogenämie mit Bestimmung von
 - Ostradiol
 - LH
 - FSH
 - Prolaktin
 - DHEAS
 - Testosteron
 - Androstendion
 - SHBG
 - TSH

Gegebenenfalls zusätzlich

- 17 α -OH-Progesteron
- Cortisol

Bei auffälligen 17 α -OH-Progesteron-Werten ggf.

- Funktionsdiagnostik (ACTH-Test)

Bei jeder Patientin sinnvoll:

- OGTT:
 - Oraler Glukosetoleranztest mit 75 g Glukose mit Insulinbestimmung nüchtern, +1 Stunde, +2 Stunden

Begründung:

Ausschluss einer manifesten Glukosestoffwechselstörung bzw. Klärung einer Insulinresistenz. Denn: Die meisten PCOS-Patientinnen haben normale basale Insulinwerte. Unter Stimulation steigen diese aber überproportional an bzw. fallen nicht zeitgerecht wieder ab. Insofern fallen diese Patientinnen erst in einer Insulin-Verlaufsmessung auf. Verlässt man sich zur Klärung einer peripheren Insulinresistenz allein auf die Bestimmung des „HOMA IR“ (errechnet aus Nüchtern-Insulin und Nüchtern-Blutzucker), werden viele Patientinnen falsch unauffällig eingeordnet.

Therapie

Bei Übergewicht oder Adipositas:

- Gewichtsreduktion

Bei BMI >30 kg/m² und Insulinresistenz (nachgewiesen im OGTT mit Insulinbestimmung und Beurteilung des Insulinverlaufs) und Ausschluss der Kontraindikationen (in erster Linie Leber- und Niereninsuffizienz):

- Metformin (Off-Label)
 - Metformin unterstützt die Gewichtsreduktion und wirkt oft bereits regulierend auf den Zyklus mit regelmäßigen Ovulationen.

Bei Kinderwunsch von adipösen Patientinnen:

- Gewichtsreduktion mit Ziel BMI <30 kg/m²
- ggf. Metformin zur Unterstützung der Gewichtsreduktion (Off-Label)

Zur Ovulationsinduktion:

- Letrozol (Off-Label)
 - Ogleich Off-Label: Therapie der ersten Wahl
 - Anwendung: 2,5 - 7,5 mg über 5 Tage (Schema wie bei Clomifen)
- Clomifen

Zur Ovulationsindikation bei Clomifen-resistenten Patientinnen:

- Bei PCOS-Patientinnen ohne ovarielle Reaktion auf 100 – 150 mg Clomifen/Tag kann unter Einnahme von Metformin ein erneuter Therapieversuch mit gleichzeitiger Gabe von Clomifen und Metformin unternommen werden.

Weitere Optionen bei Kinderwunsch:

- Gonadotroinstimulation
- Ovarielles Drilling (Laparoskopische Elektro- oder Laserkoagulation der Ovaroberflächen)

Ohne Kinderwunsch zur Zyklusregulierung und Therapie der Androgenisierungssymptome (Alopezie, Hirsutismus, Akne):

- Hormonelles, kombiniertes orales Kontrazeptivum mit androgen wirksamem Gestagen

Haben Sie Fragen? Unser Service Team beantwortet sie gerne unter +49 (0)30 770 01-322.

Laborparameter

- Ostradiol
- LH
- FSH
- Prolaktin
- DHEAS
- Testosteron
- Androstendion
- SHBG
- TSH
- 17 α -OH-Progesteron
- ACTH
- Cortisol

Material und Abrechnung

1 Serumröhrchen

Der Transport ins Labor ist nicht zeitkritisch und kann per Postversand erfolgen.

Eine Abrechnung ist bei gegebener Indikation im kassen- und privatärztlichen Bereich gegeben.

Mögliches Vorgehen bei Patientinnen mit PCOS und Kinderwunsch

