

ZUSAMMENFASSUNG

Fortbildung Sterilitätsmedizin

Dortmund, 28.10.2020

Hauptthema

„Internationale Leitlinien zur Behandlung und Diagnose des PCO-Syndroms“

(Referentin: Dr. K. Hohenstein, Stellvertretende Ärztliche Leitung, Kinderwunschzentrum Dortmund)

Das polyzystische Ovarsyndrom (PCOS), Kernpunkte der aktuellen Leitlinie

International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome

Centre for Research Excellence in Polycystic Ovary Syndrome (CREPCOS), European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) and American Society of Reproductive Medicine (ASRM)

Diagnostik

Grundlage zur Definition des PCOS ist nach wie vor die Rotterdam-Klassifikation (wenn zwei der folgenden drei Kriterien erfüllt sind):

Oligo-/Anovulation, Hyperandrogenismus (klinisch oder biochemisch), PCO im Ultraschall

Wichtig: Andere Ursachen wie z.B. die adrenale Hyperandrogenämie müssen ausgeschlossen werden.

Zyklusstörungen:

Irregulärer Zyklus (Oligo-/Amenorrhoe) gilt als klinisches Leitsymptom.

Zu beachten: Irreguläre Zyklen sind in der peripubertären Phase physiologisch.

Hyperandrogenismus:

biochemisch (Hyperandrogenämie): Berechnung Freier Androgenindex FAI.

Bei unauffälligen Testosteronwerten und zur weiteren Differenzierung zusätzliche Bestimmung von Androstendion sowie DHEAS.

klinisch (Androgenisierungserscheinungen):

Der potentiell negative psychosoziale Einfluss der Androgenisierungserscheinungen sollte immer ernst genommen werden, egal wie ausgeprägt die Symptome sind.

Ultraschalldiagnostik:

In der peripubertären Phase findet sich physiologischerweise in etwa 20 % der Fälle das Bild eines multifollikulären Ovars. Zu beachten: US zur Diagnostik ist in dieser Lebensphase nicht zielführend (bis 8 Jahre nach Menarche).

Grenzwerte: ≥ 20 Follikel und/oder Ovarvolumen ≥ 10 ml (unilateral ausreichend).

Zusätzliche Kriterien der Diagnostik:

Erfassung kardiovaskulärer Risikofaktoren, Adipositas, Nikotinkonsum, Dyslipidämie, Hypertension, Bewegungsmangel, verringerte Glukosetoleranz/Insulinresistenz

oGTT:

Zur Erfassung von Störungen des Glucosestoffwechsels sollte allen Frauen mit PCOS ein 75 g oGTT angeboten werden.

Optimal ist ein 75 g OGTT mit gleichzeitiger Bestimmung von Glukose und Insulin.

„Quality of Life“

Frauen mit PCOS weisen im Durchschnitt einen erniedrigten QoL-Score auf. So findet sich eine erhöhte Prävalenz für Angststörungen und Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis. Ebenso finden sich gehäuft Hinweise auf psychosexuelle Dysfunktion, eine gestörte Körperwahrnehmung sowie Essstörungen.

Therapie

Lifestyle-Interventionen

Diätetische Maßnahmen, körperliche Aktivität und Verhaltensstrategien. Behandlungsziel: nachhaltige Gewichtsreduktion. Empfohlen: 5-10% in einem halben Jahr.

Medikamentöse Behandlung ohne Kinderwunsch

Ziele:

1. regelmäßige Endometriumtransformation sicherstellen
2. klinische Symptome lindern (Hyperandrogenismus)
3. Insulinempfindlichkeit erhöhen

Kombinierte orale Kontrazeptiva (KOK) gehören zur Standard-Therapie bei Hyperandrogenismus bzw. irregulären Zyklen (Präparat mit antiandrogener Gestagenkomponente).

Sofern unter der Therapie mit KOK allein oder in Kombination mit Lifestyle-Interventionen keine signifikante Verbesserung der metabolischen Situation erzielt werden konnte, kann die Indikation zur zusätzlichen Metformingabe geprüft werden.

Unabhängig von der Gabe eines KOK kann bei Frauen mit PCOS und Übergewicht sowie metabolischen Störungen Metformin zusätzlich zu Lifestyle-Interventionen eingesetzt werden.

Behandlung bei Kinderwunsch

Ziele:

1. Ausgangsbedingungen für Schwangerschaft optimieren (u.a. Stoffwechselsituation, Gewicht reduzieren durch Lifestyle-Interventionen, emotionale Gesundheit)
2. ovulatorischen Zyklus etablieren

Bislang galt CC als First-Line-Therapie. Es gibt Hinweise darauf, dass die Therapie mit Letrozol im Vergleich zu Clomifen insbesondere bei adipösen Frauen mit PCOS mit höheren Lebendgeburtenraten einhergeht und die Mehrlingsrate reduziert ist. Zu beachten: Letrozol in Deutschland nur als off-Label-Verordnung.

Sowohl CC allein als auch Metformin allein können primär zur Ovulationsinduktion bei Frauen mit PCOS eingesetzt werden.

CC und Metformin können auch in Kombination gegeben werden, dies hat sich insbesondere bei Frauen mit CC-Resistenz als vorteilhaft erwiesen.

Gonadotropine werden üblicherweise als Second-Line-Therapie eingesetzt.

Fazit für die Praxis

Frauen mit PCOS weisen endokrinologische, metabolische und reproduktive Störungen auf. Darüber hinaus liegen häufig psychologische und psychosexuelle Veränderungen sowie eine reduzierte „Quality of Life“ vor. Die Diagnostik sollte sowohl die somatischen als auch die psychischen Aspekte der Erkrankung erfassen. Das Therapiekonzept sollte nicht nur symptomorientiert, sondern umfassend und interdisziplinär sein mit folgenden Zielen:

Verringerung der kardiovaskulären Risiken, Prophylaxe der Endometriumhyperplasie, Verbesserung von psychischen Beschwerden, Ovulationsinduktion bei Kinderwunsch, Lifestyle-Interventionen!

Datum der nächsten Fortbildung (11/2021): 03.11.2021, 19:00 - 21.00 Uhr (Anmeldung erforderlich!)

Ort: Radisson Blu Dortmund

Hauptthema: Genitale Mykosen und Dermatosen
„Benigne Hauterkrankungen der Vulva“

Referent: Prof. Dr. med. Werner Mendling
Deutsches Zentrum für Infektionen
Gynäkologie und Geburtshilfe
Wuppertal