

Polycystisches Ovarialsyndrom (PCOS)

Das Poly Cystische Ovarial Syndrom kurz auch PCOS gekannt ist eine der häufigsten Stoffwechselerkrankungen bei Frauen im gebärfähigen Alter. Ca. 5-12% der Frauen im fruchtbaren Alter sind in Europa davon betroffen.

Bei Frauen die unter dem PCOS leiden, treten vermehrt Zyklusstörungen auf, die in weiterer Folge eine Unfruchtbarkeit bzw. einen unerfüllten Kinderwunsch mit sich bringen.

Weitere Merkmale für ein PCOS sind unregelmäßige Monatsblutungen, vermehrte Behaarung, Akne und Gewichtszunahme – Adipositas.

Das PCOS liegt dann vor, wenn zwei von folgenden Kriterien erfüllt werden (Abb.: 1)

Abb.: 1

**Revised diagnostic criteria of PCOS
Rotterdam ESHRE/ASRM PCOS consensus
workshop group 2003**

PCOS, wenn 2 von 3 Kriterien erfüllt:

- Polycystische Ovarien (PCO)
- Oligo-/Anovulation
- klinische und/oder biochemische Zeichen eines Hyperandrogenismus

1.) Polycystische Ovarien - Zysten an den Eierstöcken:

Das polycystische Ovar (PCO) ist durch > 8-10 Follikel (früher als Cysten bezeichnet) mit einem Durchmesser von 10mm definiert. Polycystische Ovarien können vom Gynäkologen mittels vaginalem Ultraschall festgestellt werden. Im Ultraschallbild sieht man viele kleine „Löcher“ in der Peripherie der Eierstöcke mit meist zentralen echodichten Arealen (Stroma = Bindegewebe des Ovar) - Abb.: 2/3

Abb.: 2

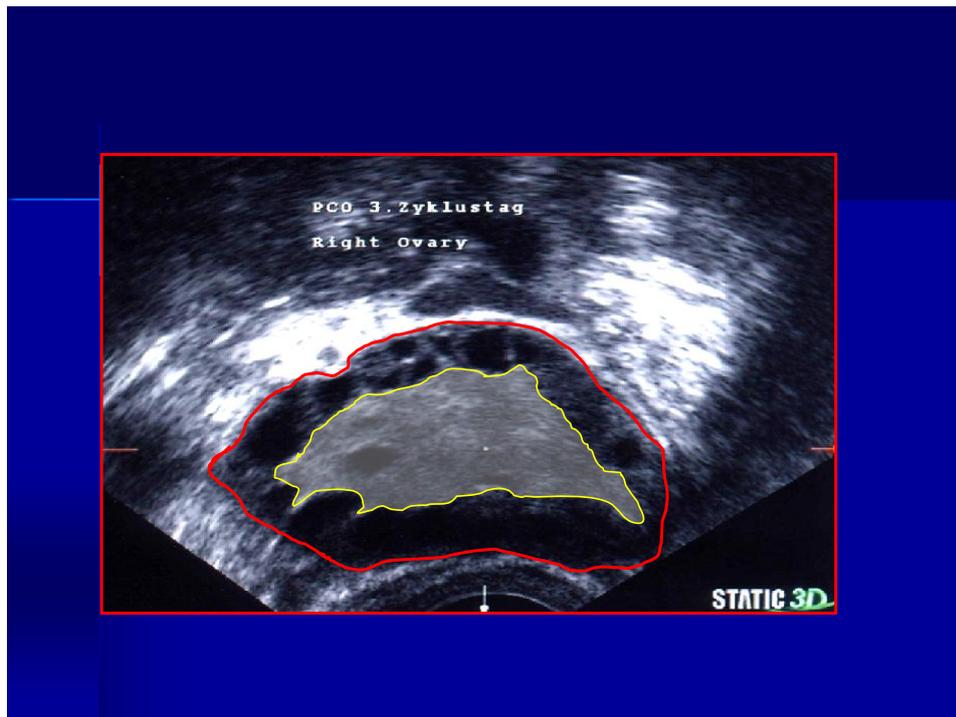


Abb.: 3

Ultrasonographische Merkmale der Ovarien

- a) Subkapsuläre poly - (>10 Follikel /unstimuliertem Ovar) bzw. mikro - (<10 mm) folliculäre Reaktion
- b) Ovaromegalie (>30 mm maximaler Gesamtdurchmesser des Ovars)
- c) zentrale Hyperfibrose (>1/3 des Gesamtorgans)

2.) Oligo- und Anovulation:

Chronische Zyklusstörungen in Form von Oligo-/Amenorrhoe. Von Oligomenorrhoe spricht man wenn die Abstände zwischen den Blutungen 35-45 Tage betragen (verlängerte Zyklen) und von Amenorrhoe beim völligen Ausbleiben von Blutungen, bzw. Blutungen im Abstand von 3 bis mehreren Monaten.

Frauen, die unter Zyklusstörungen leiden haben oftmals erhöhte männliche Hormone (Androgene) und auch erhöhte Insulinwerte. Insulin ist ein Hormon, das für den Transport von Blutzucker in die Zellen verantwortlich ist. Liegt der Insulinspiegel nicht im Normbereich, kann es zu Störungen in der Eibläschenentwicklung kommen, was zur Folge hat, dass der Eisprung völlig ausbleibt oder nur selten vorkommt. Diese Frauen werden aufgrund des unregelmäßigen Zyklus sehr viel schwerer schwanger.

3.) Virilisierung (Vermännlichung):

Als klinisches Zeichen des Hyperandrogenismus. Dieses Symptom erfordert den Ausschluss von anderen Erkrankungen der Hypophyse, der Nebenniere und des Ovars. Klinisch kann sich die Virilisierung als Hyperseborrhoe, das ist die Überproduktion von Hautfetten durch die Talgdrüsen, Akne, Hirsutismus (verstärkte Körperbehaarung) oder Alopezie (Haarausfall) manifestieren.

Welche Ursachen gibt es für ein PCOS?

Die Pathogenese des PCOS ist noch nicht vollständig geklärt.

Bei vielen Patienten liegt eine erhöhte Serumkonzentration des LH bei gleichzeitig normalem FSH vor.

Eine Hyperinsulinämie (erhöhte Insulinproduktion) vermindert die Synthese des Sexual Hormon Bindenden Globulin (*SHBG*) in der Leber und führt somit zu einer Erhöhung des freien Testosteron.

Hyperinsulinämie und erhöhtes LH gelten heute als dominierende Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des PCOS.

Insulinresistenz tritt oft bei Adipositas-Patientinnen (stark übergewichtig) auf, die somit ein erhöhtes Risiko zur Manifestation eines PCOS haben. Der Grundstein wird oft schon in der Pubertät gelegt. Die Gewichtsabnahme ist ein wichtiger eigener Beitrag zur Besserung und erfolgreichen Behandlung es PCOS

Die Nichtbehandlung eines PCOS kann zur Folge haben, dass die Patienten unfruchtbar werden, Diabetes mellitus Typ 2 (Alterszucker) entwickeln und Herz-Kreislauf-Erkrankungen auftreten. Dies liegt an einem gestörten Fettstoffwechsel mit erhöhten Blutfetten und erhöhtem Cholesterin. Häufig haben PCOS Frauen auch einen erhöhten Blutdruck und zeigen Zeichen einer beginnenden Erkrankung der Blutgefäße. Oft treten auch psychische Störungen auf, die nicht selten in sozialen Problemen enden.

Auch das Risiko an Gebärmutterkrebs zu erkranken steigt, da die Gebärmutter Schleimhaut (Endometrium) verstärkt aufgebaut wird.

Welche Therapiemöglichkeiten gibt es bei PCOS-Patientinnen?

Hierbei muss unterschieden werden, ob die Patientin einen Kinderwunsch hat oder nicht.

Grundsätzlich sollten PCOS-Patientinnen versuchen ihren Lebensstil zu ändern. Bei Übergewicht sollte man eine Gewichtsreduktion vornehmen und vermehrt Sport betreiben.

Besteht kein Kinderwunsch kann die Patientin mit einer antiandrogenen/östrogenbetonten Antibabypille therapiert werden. Durch die Antibabypille kommt es zu einem regelmäßigen Zyklus und der Hormonhaushalt wird wieder reguliert. Androgenisierungserscheinungen sollten sich zurückbilden.

Hat die PCOS-Patientin allerdings einen Kinderwunsch, kann man versuchen mit folgenden Therapien die Patientin zu behandeln:

Wie bei PCOS-Patientinnen ohne Kinderwunsch sollte man zuerst die Ernährung umstellen, bei Adipositas Gewicht reduzieren, weiters sollte die Patientin vermehrt Sport betreiben.

Mit einer primären Monotherapie mit Clomifen kann nach mehreren Zyklen oft eine Schwangerschaft erzielt werden. Es sollte jedoch nicht mehr als 6 Zyklen hintereinander durchgeführt werden. Bei den Clomifen Zyklen für intrauterine Insemination (IUI) oder Verkehr zum optimalen Zeitpunkt (VZO) ohne Ultraschall-Überwachung besteht allerdings ein Risiko für Mehrlingsschwangerschaften.

Eine Therapie mit Clomifen + Metformin (orales Antidiabetikum) kann bei Vorliegen einer Insulinresistenz Vorteile bringen, eine signifikante Steigerung der Schwangerschaftsrate kann aber in großen aktuellen Metaanalysen (Studien) nicht gezeigt werden!

Sollte die Stimulation mit Clomifen nicht erfolgreich sein, bzw. keine Schwangerschaft erzielt werden, kann man auf eine Stimulation mittels subkutanen Injektionen von Gonadotropinen (Follikel Stimulierendes Hormon FSH), ev. unter Zusatz von Luteinisierendem Hormon LH (Humanes Menopausen Gonadotropin/HMG) umgestiegen werden!

Weiters besteht die Möglichkeit einer operativen Behandlung der Eierstöcke im Rahmen einer Laparoskopie zur Durchgängigkeitsprüfung der Eileiter. Dabei wird die Oberfläche der Eierstöcke mit einer Elektrode gestichelt. Es sollen dabei biochemische Kaskaden ausgelöst werden, die Reparaturvorgänge in den Eierstöcken initiieren und ovulatorische (normale Zyklen in 50 -70%) bewirken und die Möglichkeit einer Spontanschwangerschaft gewährleisten. Voraussetzung dafür sind nicht geschädigte durchgängige Eileiter und ein unauffälliges Spermogramm des Partners. Der Vorteil dieser Therapieoption liegt darin, dass keine zusätzliche medikamentöse Therapie notwendig ist und gleich hohe Schwangerschaftsraten ohne deutliche Erhöhung der Mehrlingsschwangerschaften erzielt werden können.

Sollten all diese Bemühungen nicht fruchten, gibt es immer noch die Möglichkeit des IVF/ICSI mit 70% Kostenübernahme durch den IVF-Fonds.