

Das PCO-Syndrom und seine Symptome

Exakte und einfache Zyklusdiagnostik mit OvulaRing auch bei PCOS möglich

Für jede Frau ist ein gesunder Zyklus von hohem Stellenwert. Diese Bedeutung wird oft erst bei Zyklusstörungen wie bspw. PCOS oder bei unerfülltem Kinderwunsch erkannt.

Verschiedene Studien¹ zum hormonellen Verlauf des weiblichen Zyklus beweisen, dass dieser durch Unique Fertility Pattern (UFP) charakterisiert ist. Jede Frau hat individuelle Zyklusmuster, sogenannte UFPs, und die jeweiligen hormonellen Abläufe weisen Besonderheiten auf, welche den Zyklus individuell physiologisch charakterisieren.

So konnte u.a. in Studien² nachgewiesen werden, dass über ein Drittel der Frauen, die mit PCOS diagnostiziert wurden, eine Ovulation hatten und auf natürliche Weise konzipieren können. Weiter wurde bestätigt, dass 15% dieser Frauen sogar regelmäßig einen Eisprung zu einem späten Zeitpunkt, nämlich nach dem 36. Tag haben. Das heißt, nach neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen, ist die Anzahl anovulatorischer Zyklen bei PCOSlerinnen nicht so hoch wie bisher angenommen.

Mit OvulaRing können PCOSlerinnen ganz einfach herausfinden, wie ihr individueller Zyklus funktioniert und ob und wann sie einen Eisprung haben. Dies ist vor allen Dingen vor Hormonbehandlungen bzw.- eingriffen eine wichtige Information für die betroffenen Frauen.

Das PCO-Syndrom

Das Polyzystische Ovarsyndrom (PCO-Syndrom oder PCOS) stellt ein Krankheitsbild dar, welches zu der häufigsten hormonell bedingten Störung von geschlechtsreifen Frauen gehört. Diese Erkrankung betrifft geschätzt 4-12% der Frauen im gebärfähigen Alter in Europa. Allein in Deutschland leiden etwa 1 Millionen Frauen unter PCOS.

¹Direito, Ana et. al. 2012. Relationship between the luteinizing hormone surge and other characteristics of the menstrual cycle in normally ovulating women. *Fertil Steril* 2013;99:279–85.

²Der Privatarzt Gynäkologie, Medizin & Management, Sonderbericht: Zeitpunkt der Ovulation. Die fortlaufende Messung der Körperkerntemperatur gewährleistet zuverlässige Aufschlüsse. Ausgabe 3, Mai 2014, S.16-17.

Symptome

Ein PCO-Syndrom liegt vor, wenn mindestens zwei der drei folgenden Kriterien vorliegen (sogenannte „Rotterdam-Kriterien“):

1. Polyzystische Ovarien. Im Ultraschall erkennt man in den Eierstöcken (Ovarien) viele kleine Eibläschen (Polyfollikulie) mit einem maximalen Querschnitt von 8-10mm, die die Ovarien auch vergrößern und dort teilweise als Zysten interpretiert werden, wovon der Name Polyzystisches Ovarsyndrom abgeleitet wurde. Oft wird im Ultraschall auch eine verdichtete Innenzone des Ovars sichtbar.

2. Oligo-/Anovulatorische Zyklen, d.h. chronische Zyklusstörungen mit seltener oder gar keiner Ovulation (Eisprung). Die Zykluslänge kann mit über 35 Tagen (Oligomenorrhoe) bis hin zum kompletten Ausbleiben der Periode (Amenorrhoe) deutlich verlängert sein. Normalerweise reift im Zyklus aus einer Kohorte von Eibläschen ein Follikel heran, der die reife und befruchtungsfähige Eizelle zum Zeitpunkt des Eisprungs in den Eileiter ausstößt. Hohe Spiegel männlicher Hormone, wie sie beim PCO-Syndrom häufig vorliegen, beeinträchtigen diesen Reifungsvorgang. Es entstehen lediglich zahlreiche unreife Vorstufen, die sich nicht weiterentwickeln und die zystische Umwandlung der Eierstöcke verursachen. Da ein Eisprung und eine Periode nur selten bis nie vorkommen, ist bei 75% der Frauen eine spontane Schwangerschaft unmöglich.

3. Virilisierung, d.h. Vermännlichung der Körper- und Geschlechtsmerkmale, welche sich deutlich maskulin verändern. Dies führt zu einer starken Behaarung (Hirsutismus), Überproduktion von Hautfett durch die Talgdrüsen (Seborrhoe), Akne sowie Haarausfall (Alopezie).

Eine Adipositas und Insulinresistenz, die in jeweils ca. 50% der Fälle beobachtet werden, gehören nicht zu den PCOS Kriterien. Der Nachweis der namensgebenden polyzystischen Ovarien allein ist für die Diagnosestellung „PCOS“ nicht nötig. Andererseits liegt beim Nachweis einer Polyfollikulie nicht immer ein PCOS vor.

Ursachen

Die Ursachen des PCO-Syndroms sind noch nicht endgültig geklärt. Sowohl genetische Faktoren, als auch Umwelteinflüsse spielen dabei eine Rolle. Bei der Entwicklung eines PCO-Syndroms sind Hormonimbilanzen charakteristisch. Betroffen sind vor allem die männlichen Sexualhormone, die sogenannten Androgene sowie das luteinisierende und follikelstimulierende Hormon (LH und FSH) der Hirnanhangdrüse. Auch Übergewicht scheint bei der Entstehung des PCO-Syndroms eine entscheidende Rolle zu spielen. Häufig geht Übergewicht mit einer Insulinresistenz einher. Die Eierstöcke reagieren dann auf den erhöhten Insulinspiegel mit einer geringeren Umwandlung der Androgene in Östrogene.

Folgen/Komplikationen

Anovulation, Sterilität, Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische und soziale Probleme sowie eine massive Einschränkung im Bereich der Lebensqualität können die Folgen eines PCO-Syndroms sein.

Therapie

In der Behandlung des PCO-Syndroms gibt es drei große Säulen: Die Therapie von Hautproblemen, Behandlung bei Kinderwunsch und die Therapie des Metabolischen Syndroms des PCOS. Dieses Wohlstandssyndrom entsteht durch einen Überfluss an Nahrungsmitteln bei gleichzeitiger Abnahme an sportlicher Aktivität und entwickelt sich zu einem großen Problem in unserer Gesellschaft. Eine Änderung des Lebensstils durch regelmäßige sportliche Betätigung und eine gesunde Ernährung sowie der Verzicht auf Alkohol und Nikotin sind sehr wichtig. Manchmal führen diese Maßnahmen alleine schon zur Spontankonzeption, ohne dass eine medikamentöse Behandlung erforderlich wird. Hat die Frau keinen Kinderwunsch, können die Symptome des PCOS mit einer hormonellen Behandlung, u.a. durch die Antibabypille, therapiert werden.

Liegt trotz fehlender Ovulation ein Kinderwunsch vor, wird eine medikamentöse Therapie nach einem Stufenschema nötig (siehe „Consensus on infertility treatment related to PCOS Thessaloniki ESHRE/ASRM. Fertil Steril 2008.“)

1.First-Line: Zuerst verabreicht man Clomifencitrat, ein Arzneistoff zur besseren Follikelreifung und damit zur Auslösung eines Eisprungs sowie zur Behandlung einer ausbleibenden Regelblutung. Danach kann die Patientin Metformin einnehmen, eines der am längsten und häufigsten eingesetzten Antidiabetika. Schließlich würde noch eine Kombination beider Medikamente sinnvoll sein.

2.Second-Line: Im zweiten Behandlungsschritt werden niedrige Dosen von Gonadotropinen (FSH und LH) verordnet. Sie sollten so dosiert werden, dass möglichst nur ein Follikel heranreift (monofollikuläres Wachstum). Ein erstes Zeichen des langsamen Ansprechens der Ovarien ist eine Zunahme der Dicke der Gebärmutter-schleimhaut. Aufgrund der hohen Überstimulations-gefahr sollte die Gonadotropindosis nur langsam und schrittweise erhöht werden. Oft führt bereits eine minimale oder verfrühte Dosiserhöhung dazu, dass gleichzeitig mehrere Follikel heranreifen. Häufige Ultraschalluntersuchungen sind begleitend zur Behandlung deshalb unerlässlich.

Des Weiteren ist das sog. laparoskopische ovarielle Drilling (LOD) möglich. Dem Eierstock werden mit thermischen Methoden (Laser, Koagulation) oberflächlich punktförmige kleine Verletzungen (Läsionen) beigebracht. Dadurch stellen sich für eine begrenzte Zeit wieder Ovulationen ein. Die Patientinnen haben durch diese Methode die Chance, spontan schwanger zu werden. Der Vorteil der Methode ist somit im Vergleich zur Gonadotropinbehandlung das Vermeiden von Überstimulationen und Mehrlingsschwangerschaften. Das Verfahren wird deshalb für Patientinnen empfohlen, die nicht zu regelmäßigen Ultraschallkontrollen zum Arzt kommen können. Die Laparoskopie kann jedoch zur Ausbildung von Verwachsungen bzw. Verklebungen (Adhäsionen) führen, die sich wiederum nachteilig auf die spätere Fertilität auswirken können.

3.Third-Line: Führt keine der beschriebenen Therapien zum Erfolg, kann im dritten Behandlungsschritt eine IVF oder ICSI-Behandlung (Intrazytoplasmatische Spermieninjektion) durchgeführt werden. Die Patientinnen haben eine gute Chance, durch eine IVF Behandlung schwanger zu werden. Allerdings sollte diese Therapie erst spät erwogen werden, da sie mit einer höheren Belastung und zudem höheren Kosten verbunden ist.