

Fachinformation für Ärzte PCO – Syndrom

FAKTEN:

Das PCO-Syndrom ist mit einer Prävalenz von 5-10% in Mitteleuropa eine der häufigsten endokrinen Störungen bei Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter. Bei Frauen mit Oligomenorrhoe oder Hirsutismus werden von verschiedenen Arbeitsgruppen in bis zu 90% polyzystische Ovarien beschrieben.

Die Entwicklung des PCO-Syndroms ist multifaktoriell, eine kausale Therapie ist bisher nicht möglich.

Die volle Ausprägung des PCO-Syndroms wird nur selten gesehen.

Die Stromareduktion beim polyzystischen Ovarialsyndrom (PCO-S) zur Verminderung der Thekazellen und der damit verbundene Abfall der intraovariellen Androgen-Produktion ist seit der bereits von Stein und Leventhal 1935 beschriebenen klassischen Keilexzision ein bekanntes Verfahren zur Induktion einer ovulatorischen Ovarialfunktion bei der chronisch anovulatorischen, meist hyperandrogenämischen Patientin.

Aber nicht nur die klassische PCO-Patientin (Adipositas, chron. Anovulation, Hyperandrogenämie, Hirsutismus), sondern auch die Patientin mit PCO-like-Syndrom (MFO-Syndrom=multifollikuläres Ovarial-Syndrom: leicht verlängerter Zyklus, meist normgewichtig, normoandrogenämisch, aber auch sonogr. deutliche Vermehrung kleinster ovarieller Zysten) profitiert von der Stromareduktion.

Auch schlanke Personen entwickeln ein PCO-Syndrom. Die häufig vorhandene Insulinresistenz und die tonisch erhöhten LH-Werte führen zu chronischer Anovulation und Sterilität.

Das PCO-Syndrom ist assoziiert mit einem erhöhten Risiko von Gestationsdiabetes, Diabetes und frühen Gefäßerkrankungen.

Operative Therapie

Die in unseren OP-Zentren durchgeführte Operationstechnik der modifizierten laparoskopischen Elektrokoagulation der Ovarien mit geregelttem HF-Strom hat die ursprüngliche Keilexzision verdrängt und verursacht bei mindestens gleich guten Ergebnissen bezüglich Spontanovulation und Konzeptionsrate weniger postoperative tubo-ovarielle Adhäsionen als die häufig durchgeführte monopolare Koagulation oder Laser-Koagulation der Ovarien (Ovaroberflächenkoagulation nach Gjønnaess, Ovarstichelung, ovarian drilling und LEOS (laparoscopic electrocoagulation of the ovarian surface) sind Synonyme).

So resultiert postoperativ eine Ovulationsrate von 70 - 90%, eine kumulative Schwangerschaftsrate von 70% innerhalb von 5 Jahren (Naether 1994). Sollte eine IVF/ICSI – Behandlung notwendig sein, so ist postoperativ auch die Gefahr eines Überstimulationssyndroms (OHSS) deutlich reduziert.

Konsensus Workshop Group der ESHRE /ASRM (3/2007 Thessaloniki,Greece):

Bei Infertilität und PCO-S. wird als "second line" Intervention nach erfolgloser Clomifen-Behandlung die LEOS der Gonadotropin-Stimulation aufgrund des fehlenden Mehrlingsrisikos vorgezogen.

Was ist präoperativ wünschenswert?

- Hormoneller Nachweis des erhöhten LH-Basaltonus in der **Follikelphase**, ggf. auch LH/FSH-Quotient $> 1,5 - 2$, Testosteron und DHEAS in der **Follikelphase**. Ovulatorischer Zyklus? (E2,Prog. mittluteal)
- Motivation zur - ggf. Metformin unterstützten - Gewichtsabnahme. Diese allein kann zu Ovulationen und zur Schwangerschaft führen.
- Glukokortikoid (bei adreneraler Beteiligung der Hyperandrogenämie (DHEAS) – und Clomifen – Behandlungsversuch (1x1 Tbl. Clomifen, mittzyklische Follikulometrie, Progesteron mittluteal, Steigerung auf 2x1 Clomifen bei Lutealinsuffizienz unter 1x1 Clomifen). Falls nach 3-4 Behandlungszyklen keine Schwangerschaft eintritt, wäre die Gonadotropinstimulation möglich (Cave: hohes Überstimulations- und Mehrlingsrisiko)