Die Häufigkeit der polycystischen Ovarien als Sterilitätsursache

A.		Rosen
M.		Klein
A.		Beck

Geb.-Gyn. Abteilung, Hanuschkrankenhaus Wien (Vorstand: Prof. Dr. A. Beck)

Dr. A. Rosen, Hanuschkrankenhaus, Geb.-Gyn. Abteilung, Heinrich Collin Straße 30, A-1140 Wien

In der betreffenden Literatur ist eine Vielzahl von Daten über die klinische Symptomatik des PCO wie Zyklusstörungen, Anovulation, Androgenisierungserscheinungen und Sterilität zu finden [1,2]. Wir möchten eine Statistik über die Frequenz des PCO-Syndroms im Patientengut unserer Sterilitätsambulanz präsentieren. In der Zeit vom Februar 1986 bis Oktober 1987 suchten 147 Frauen unsere Spezialambulanz aus Sterilitätsgründen auf. Eine retrospektive Analyse zeigte folgende Verteilung.

32 Frauen (21,8%) wiesen eine tubare Sterilität auf, bei 33 Patientinnen war eine Erkrankung des Partners alleine ausschlaggebend (22,4%), während sich bei 62 Frauen, entsprechend 42,2%, eine hormonelle Störung fand. Die verbleibenden 20 Patienten oder 13,6%, entsprechen ungeklärten oder drop-out Fällen [3, 4].

Die weitere Auflistung des Kollektivs der hormonellen Störungen ergab folgende Verteilung:

30 Patientinnen (48,4%) zeigten eine Hyperandrogenämie, während lediglich in 9 Fällen (14,5%), eine Hyperprolaktinämie zu finden war. Die übrigen 23 Frauen (37,1%) zeigten Störungen im Sinne des Klimakterium praecox oder der post-pill Amenorrhoe bzw. fielen in die WHO-Klassifikation der Gruppe I und II [5, 6].

Wir unterteilten die 30 hyperandrogenämischen Patienten in 2 Gruppen, die eine mit einer LH-FSH Ratio < 2 , die andere mit einer LH-FSH Ratio > 2 . 16 Frauen waren der Gruppe mit erhöhter Ratio zuzuordnen und zeigten Zusatzkriterien wie Zyklusstörungen und Sterilität. Diese Gruppe entsprach laut Definition von Moltz und Sörensen dem der polycystischen Ovarien, wobei diese in unserem Patientengut mit einer Häufigkeit von 10,9% vertreten sind [7, 9].

Am Beginn unserer Untersuchungen verwendeten wir als zusätzliche Diagnosemittel den Ultraschall bzw. bei Kinderwunschpatientinnen die Lapraskopie, die wir mit einer Diathermiestichelung der Ovarien kombinierten. Die Ultraschalluntersuchungen lieferten in nur 50% einen dem PCO entsprechenden Befund, während die Lapraskopie in allen 6 durchgeführten Fällen das typisch klinisch morphologische Bild der polycystischen Ovarien zeigte. In weiterer Folge unserer Untersuchungen verzichteten wir auf diese zusätzlichen Apparaturen, teilweise invasiven Diagnosemittel und verwendeten zur Diagnose des PCO nur mehr die Hormonbestimmung und klinische Symptomatik.

Das mittlere Alter der Patientinnen lag bei 23,4 A; das Menarchealter bei 14,3 A. 10 Frauen wiesen eine Oligomenorrhoe auf, 4 × fand sich eine sekundäre Amenorrhoe, nur 2 × lag eine normale Zykluslänge vor. Bei der Durchsicht der pathologischen Androgenwer-

Freie Vorträge (Gynäkologie)

te zeigte sich, daß 1 Parameter jeweils bei 7 Patienten erhöht war. 2 Androgenparameter waren bei 4 und alle 3, nämlich Testosteron, Androstendion und DHEA-S, bei 5 Frauen erhöht. Die Medianwerte waren beim Testosteron mit 1,36 ng genauso wie beim Androstendion mit 4,27 ng erhöht, lediglich das DHEA-S lag mit 4,3 mcg genau an der Obergrenze unserer Normalwerte. Die Normalwerte für Testosteron liegen zwischen 0,1 und 1,0 nmol/l, für Androstendion zwischen 0,7 und 4,1 ng/ml, für DHEA-S zwischen 0,35 und 4,3 mcg/ml.

Diskussion

Aus den vorhandenen Daten läßt sich deutlich erkennen, daß polycystische Ovarien häufiger vorkommen als in einem Großteil der Literatur beschrieben.

So beschrieb Goldzieher u. Mitarbeiter 1985 [2] in seiner Arbeit über „Polycystic ovarian disease“ eine Frequenz von 1,5–3,5%, während wir in unserem Kollektiv eine Frequenz von 10,9% feststellen konnten. Deshalb sollte diese Diagnose als Ursache für hormonelle Sterilität immer in Betracht gezogen werden. Die Ausnützung des breiten Spektrums von laborchemischen Hormonparametern und die Verwendung der Klinik führte ohne kostenaufwendige invasive und apparative Methoden zu einer raschen und exakten Diagnose. Wir empfehlen deshalb auch dem in der Praxis tätigen Gynäkologen zur Sterilitätsdiagnostik die Bestimmung der LH/FSH-Ratio und der Androgene Testosteron, Androstendion und DHEA-S zu verwenden [8].

Literatur

Runnebaum, B., Raabe, T.: Gynäkologische Endokrinologie, Springer Verlag 1987

Goldzieher, J. W., Ekland-Hirsch: Polycystic Ovarien disease. New Trends Gyn. Obst. 1: 7 (1985)

Kaiser: Hormonbehandlung in der gyn. Praxis. Thieme Verlag

Kemeter, P., Friedrich F.: 6 Jahre Sterilitätsambulanz. Wien. Klin. Wochenschr. 88: 729–732 (1976)

Gitsch, E., Vytiska-Binstorfer, E., Huber, J. C.: Zur Inzidenz der Hyperandrogenämie. Geburtshilfe u. Frauenheilkunde 47: 796–799 (1987)

Rjosk, H., Werder K. v.: Die Sterilität. Urban & Schwarzenberg 1983

Moltz, L., Sörensen: Polycyst. Ovarien, eigenständiges Krankheitsbild oder unspezifisches Symptom? Geburtshilfe u. Frauenheilkunde 45: 107–114 (1985)

Hammerstein, J.: Die Sterilität. Urban & Schwarzenberg 1983

Stein

I. F.

Leventhal: Stein-Leventhal-Syndrom 1935