

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Ott J, Kurz C

Die Ovarialstichelung bei PCO-Syndrom

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2015; 33 (3)
(Ausgabe für Österreich), 17-19*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2015; 33 (3)
(Ausgabe für Schweiz), 19-21*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

SPECULUM

e-Abo **kostenlos**

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals Speculum und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals Speculum. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Speculum

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

Die Ovarialstichelung bei PCO-Syndrom

J. Ott, C. Kurz

Das polyzystische Ovarsyndrom (PCO-Syndrom) ist eine der häufigsten Endokrinopathien bei Frauen im reproduktiven Alter. Die damit einhergehende Subfertilität ist bekannt und stellt eine essenzielle Folge des PCO-Syndroms dar. Bei betroffenen Frauen mit Übergewicht bildet die Lebensstilmodifikation mit Gewichtsreduktion die Therapieform der ersten Wahl. Nicht zuletzt kann die Hoffnung auf das Eintreten einer Schwangerschaft für die Patientinnen auch einen großen Anreiz bieten, auf Ernährung und Bewegung zu achten und bewusst abzunehmen. Zur Erfüllung des Kinderwunsches bei Anovulation gilt die Ovarialstimulation mit Clomifen als standardisierte initiale Therapieform. Sollte es trotz Steigerung der Dosis von 50 mg auf bis zu 150 mg für 5 Tage in der ersten Zyklushälfte zu keiner Follikelreifung gekommen oder nach 6-maliger Stimulation keine Schwangerschaft eingetreten sein, gelten sowohl die Gonadotropinstimulation als auch die Ovarialstichelung als übliche nächste Therapieschritte. Im Weiteren soll eine Übersicht über die operative Therapieform gegeben werden.

Vergleicht man die beiden Therapieformen, sprechen die Notwendigkeit einer Allgemeinnarkose und die Invasivität gegen die Operation. Vorteile des Verfahrens sind, dass durch die operative Therapie das Risiko, ein Überstimulationssyndrom zu entwickeln, reduziert ist und gleichzeitig niedrige Raten an Mehrlingsschwangerschaften auftreten. Neben diesen Überlegungen sollte mit den Patientinnen auch der zu erwartende Erfolg diskutiert werden, um gemeinsam zu einer Entscheidung über die weiterführende Therapie nach erfolgloser Clomifenstimulation zu gelangen: Die Ovarialstichelung führt bei etwa drei Viertel der Patientinnen zur Wiederherstellung regelmäßiger, ovulatorischer Zyklen. Innerhalb

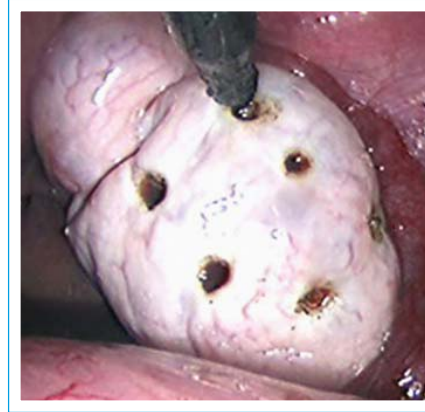
von 12 und 24 Monaten nach der Operation tritt in etwa 50 % bzw. 70 % der Frauen eine Schwangerschaft ein. Viele Patientinnen, bei denen es zu keinen spontanen Zyklen kommt, reagieren dann allerdings besser auf eine neuerliche Clomifenstimulation. Das bei PCO-Syndrom im Allgemeinen erhöhte Risiko für Fehlgeburten scheint durch die Operation auf ein der gesunden Normalbevölkerung entsprechendes Maß gesenkt zu werden.

Bemerkenswerterweise hat die Ovarialstichelung – trotz deutlicher Senkung der Androgenwerte – nur einen mäßigen Einfluss auf kosmetische Beeinträchtigungen wie Hirsutismus, Akne oder Effluviem. Von einem solchen zusätzlichen Benefit profitiert auch nur maximal die Hälfte der operierten Patientinnen. Es sollte daher die operative Therapie des PCO-Syndroms den Kinderwunschpatientinnen vorbehalten bleiben. Der zyklusregulierende Effekt hält in vielen Fällen nur bis zu 2 Jahre an. Die allgemeine Empfehlung spricht sich gegen wiederholte Ovarialstichelungen aus.

Neben Überlegungen zur persönlichen Präferenz der Patientin im Hinblick auf körperlichen Aufwand und zu erwartende Erfolge können in die Entscheidungsfindung für oder gegen die Operation auch noch folgende prädiktive Faktoren einfließen: Bei einem Body-Mass-Index $> 25 \text{ kg/m}^2$, niedrigen basalen LH-Werten von $< 10 \text{ IU/ml}$, einer Dauer der Infertilität > 3 Jahre, massiver biochemischer Hyperandrogenämie mit einem freien Androgenindex > 15 und hohen Anti-Müller-Hormon- (AMH-) Werten $> 7,7 \text{ ng/ml}$ sinkt die Erfolgsrate sowohl im Hinblick auf das Wiedereintreten regelmäßiger Zyklen als auch einer Schwangerschaft. Selbstverständlich sollten im Rahmen der vorhergehenden Clomifenzyklen ein Spermiogramm und eine Tubenabklä-



1. Polyzystisches Ovar vor der Stichelung.



2. Ovarialstichelung („laparoscopic ovarian drilling“ [LOD]).

rung bereits erfolgt sein, sodass bei diesbezüglichen groben Auffälligkeiten der rasche Weg in die IVF gewählt werden kann.

Die Ovarialstichelung sollte üblicherweise nicht als Therapie der ersten Wahl anstatt einer Clomifenstimulation erfolgen. Eine prospektive, randomisierte Studie zeigte gleiche Schwangerschaftsraten nach Stichelung und Clomifentherapie. Die Literatur gibt Hinweise darauf, dass der Stichelung im Allgemeinen auch keine günstigeren Schwangerschaftsverläufe folgen. Folglich spricht die höhere Invasivität gegen einen initialen Einsatz der operativen Methode. Eine Ausnahme stellen natürlich Zusatzindikationen für operative Eingriffe wie Endometriosezysten oder Myome dar. Dann kann bei einem reproduktionsmedizinischen Eingriff auch zusätzlich eine initiale Ovarialstichelung durchgeführt werden.

Sollte sich die Patientin für eine Ovarialstichelung entschieden haben, stellt sich die Frage nach der zu wählenden Technik. Der übliche Zugangsweg ist laparoskopisch, wobei eine Ovarialstichelung auch durch eine Fertiloskopie erfolgen kann (transvaginale Hydrolaparoskopie). Die standardisierte Technik ist das Durchführen von 4–10 Einstichen in jedes Ovar mit einer monopolaren Nadel (Einstichtiefe etwa 8 mm bei 40 Watt), wobei die Anzahl der Einstiche der Ovargröße angepasst werden kann (Abb. 1, 2). Randomisierte Studien, die die beidseitige mit der einseitigen Stichelung bei Anwendung von jeweils 5 Einstichen pro Ovar verglichen, zeigten keinen Vorteil des beidseitigen Vorgehens bezüglich der daraus resultierenden Schwangerschafts-

raten. Die Literatur berichtet aber auch über einen dosisabhängigen Effekt, vor allem im Hinblick auf die Dauer der Zyklusnormalisierung. Diese Daten stimmen mit Beobachtungen am eigenen Patientinnenkollektiv überein, sodass die Autoren nach wie vor die beidseitige Stichelung favorisieren. Zumindest aber kann eine Patientin, bei der aufgrund von Pathologien am anderen Ovar (wie der Notwendigkeit einer Endometriosezystenentfernung etc.) nur eine einseitige Stichelung angeboten werden kann, auch über hohe Erfolgchancen aufgeklärt werden.

Von anderen Techniken zur Ovarialstichelung ist nach dem heutigen Stand der Forschung abzuraten. Dazu gehören die Anwendung bipolaren Stroms, die Stichelung mit Laser oder Karbon. Diese oberflächlicheren Verfahren führen zu einem erhöhten Risiko der Adhäsionsbildung auf den Ovarien und damit zu geringerem Erfolg. Diese Adhäsionsbildung ist im Übrigen die häufigste unerwünschte Folge und tritt in bis zu einem Drittel der operierten Patientinnen auf. Im Gegensatz dazu ist das Eintreten einer „premature ovarian insufficiency“, also eines vorzeitigen Wechselgeschehens als Folge einer Ovarialstichelung, ein höchst seltenes Ereignis, das in der Literatur nur in raren Fallberichten erwähnt wird.

Von wissenschaftlichem Interesse ist die Frage nach dem Wirkmechanismus der Ovarialstichelung. Dieser ist nach wie vor ungeklärt, im Raum stehen unter anderem folgende Hypothesen: Der Abfall der Androgene (und des AMH) könnte durch einen fokalen Schaden an den androgenproduzie-

renden Thekazellen bedingt sein. Nach der Operation zeigt sich auch eine Normalisierung der Ausschüttung von Inhibin, wodurch die Wiederaufnahme der Zyklusregulation mitbedingt sein könnte. Inflammatorische postoperative Veränderungen im Ovar könnten einen Hinweis auf lokale Änderungen des Immunsystems suggerieren – das PCO-Syndrom wurde schließlich auch als eine Erkrankung mit autoimmunogenen Komponenten diskutiert. Nicht zuletzt könnte auch der Schaden an der beim PCO-Syndrom besonders harten Ovarialkapsel von Bedeutung sein, wodurch die Ovulation erleichtert werden könnte.

Insgesamt ist die Ovarialstichelung eine geeignete und effiziente Therapieoption zur Behandlung der Clomifenresistenz bei anovulatorischen Frauen mit PCO-Syndrom.

An der Klinischen Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin der MedUni Wien gibt es langjährige Erfahrung mit der Technik.

Eine Terminvereinbarung zur Begutachtung und Therapieplanung in der „Ambulanz zur endoskopischen Kinderwunschabklärung“ (kurz: „ESKA“) ist unter der Telefonnummer 01/40400/23440 (Mo–Do, 09:00–12:00) möglich.

Korrespondenzadresse:

*Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Johannes Ott
Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: johannes.ott@meduniwien.ac.at*

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)