

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Abklärung des infertilen Paares
aus gynäkologischer Sicht**

Spitzer D

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2001; 8 (Sonderheft

3) (Ausgabe für Österreich)

Homepage:

www.kup.at/urologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

ABKLÄRUNG DES INFERTILEN PAARES AUS GYNÄKOLOGISCHER SICHT

EINLEITUNG

Die Inzidenz der ungewollten Kinderlosigkeit beträgt 15–20 %. Die Ursachen liegen zu jeweils 30 % beim Mann, der Frau, oder beiden, während in 10 %, trotz vollständiger Abklärung, keine Ursachen gefunden werden (idiopathische Sterilität). Daher ist Kinderlosigkeit ein Problem, das beide Partner betrifft und daher immer gemeinsam (und gleichzeitig) abgeklärt werden soll.

ANAMNESE UND GYNÄKOLOGISCHE UNTERSUCHUNG

Ziel des Erstgesprächs in der Infertilitätsdiagnostik ist die Schaffung einer Gesprächs- und Vertrauensbasis bei beiden Partnern. Wie immer in der Medizin stehen am Beginn die Sozial- und Allgemeinanamnese, sowie die gynäkologische Anamnese. Es folgt die gynäkologische Routineuntersuchung inklusive Vaginosonographie. Dabei lassen sich die Uteruslage und -größe, Anomalien und Myome nachweisen. Am Endometrium können zyklische Veränderungen und die Endometriumhöhe, aber auch Endometriumpolypen festgestellt werden.

Gesunde Tuben sind sonographisch nicht nachweisbar, dagegen können Sacto- oder Hydrosalpingen dargestellt werden. Diese sind nicht immer von Pseudozysten oder Ovarialzysten abzugrenzen. Im Douglasschen Raum ist auf freie Flüssigkeit und Endometriosezeichen zu achten. Beim Poly-

zystischen Ovarialsyndrom lassen sich perlchnurartig angeordnete Zystchen unter der hyperreflexiblen Ovarialkapsel und ein hyperdenses Ovarialstroma nachweisen.

INFEKTSCHREUNING

Durch die mikroskopische Beurteilung des Vaginalsekrets und die Amin-Probe können Infektionen des unteren Genitaltraktes, wie Mykosen, bakterielle Vaginosen und Trichomonaden, ausgeschlossen werden. Chlamydien sind nur im Zervikalsekret nachweisbar und werden heute meist mittels PCR-Methode bestimmt. Da Chlamydieninfektionen häufig asymptomatisch verlaufen, haben serologische Methoden zum Nachweis einer durchgemachten Infektion eine gewisse Bedeutung erhalten. Gonokokken sind weitere Ursachen von Eileiterverschlüssen und werden ebenfalls im Zervixabstrich nachgewiesen. Sie gehen meist mit deutlichen Krankheitssymptomen einher. Die Inzidenz von Infertilität ist auch abhängig von der Anzahl der durchgemachten Entzündungen (PID's).

Zur initialen Abklärung einer Infertilität hat die ESHRE Group 1998 [Hum Reprod 2000; 15: 723–32] folgende Maßnahmen empfohlen:

- Bestimmung des mittlutealen Progesterons als Ovulationsbeweis
- Spermogramm
- Hysterosalpingographie (da die Laparoskopie nur bei Adhäsions- oder Endometrioseverdacht einen Vorteil bringt)

OVULATIONSNACHWEIS

Die Interpretation der Basaltemperatur-Messung beruht auf den thermogenetischen Eigenschaften des Progesterons, wodurch die Körpertemperatur um etwa 0,5 °C ansteigt, wenn die Ovulation stattgefunden hat. Jahrelange BT-Messungen sind unnötig und erhöhen den Stress.

Mit Urin-LH-Tests ist der Nachweis des LH-Anstieges möglich und damit im Gegensatz zur Temperaturmessung der Zeitpunkt vor der Ovulation, sodaß der günstigste Zeitpunkt zur Kohabitation besser bestimmbar ist.

Mit dem Postkoitaltest (Sims-Huhner-Test) kann bei nachgewiesenen ovulatorischen Zyklen 1–2 Tage vor der Ovulation und 8–12 Stunden nach dem Geschlechtsverkehr das Zervixsekret mikroskopisch nach beweglichen Spermien untersucht werden. Die Aussagekraft ist umstritten und die Reproduzierbarkeit schlecht.

HORMONELLE ABKLÄRUNG UND FUNKTIONSTESTS

- Basishormonstatus 3.–5. Zyklustag: FSH, LH, TSH, Prolaktin, Östradiol, Testosteron, DHEA-S
- 18.–22. Zyklustag: Progesteron, (Prolaktin)

Neben der etwas komplizierten WHO-Klassifikation erleichtern praxisorientierte Schemata im Alltag die Abklärung und Therapie ovarieller Funktionsstörungen (Abb. 1).

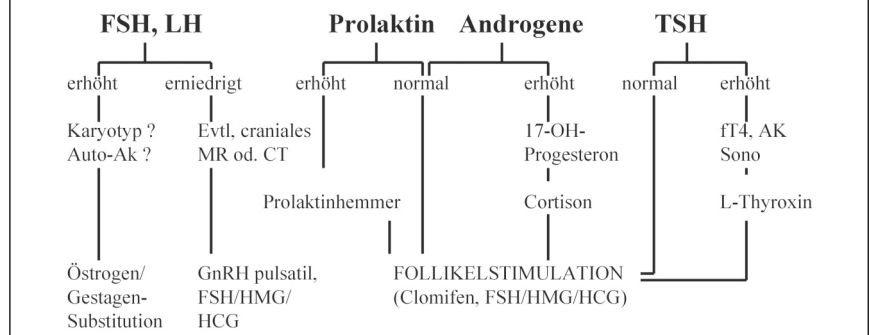
In schwierigen Fällen kann es erforderlich sein, verschiedene Funktionstests durchzuführen:

- Gestagentest, Östrogen-Gestagentest: Amenorrhoeabklärung
- Clomiphentest: Einschätzung der ovariellen Reserve
- GnRH-Test: Abklärung einer hypothalamisch-hypophysären Insuffizienz
- TRH-Test: Schilddrüsenfunktionsstörungen, Hyperprolaktinämie, Galaktorrhoe
- Metoclopramidtest: Differenzierung zwischen manifester und latenter Hyperprolaktinämie
- Dexamethason-Hemmtest: Verdacht auf einen Nebennierenrinden-Tumor
- ACTH-Test: Nachweis der Nebennierenrinden-Reserve und Aufdecken von Enzymdefekten

TUBENABKLÄRUNG

Tubenverschlüsse und Tubenfunktionsstörungen treten hauptsächlich im Anschluß an ascendierende Infektionen mit sexuell übertragbaren Erregern oder nach intraabdominellen Operationen auf. Schwere Formen von Endometriose können zu anatomischen Veränderungen durch Adhäsionen und Endometriosezysten führen, dagegen treten Beinträchtigungen des Tubenepithels seltener auf. Bei leichter Endometriose ist der Zusammenhang mit Infertilität ungeklärt. Die Auswahl der Tuben-Abklärungsmethode richtet sich nach der Anamnese und der Dauer der Infertilität (Tab. 1).

Abbildung 1: Therapieorientierte Klassifikation ovarieller Funktionsstörungen



ZYKLUSMONITORING

Durch eine Ultraschall-Verlaufskontrolle gelingt der direkte Nachweis des Follikelwachstums und der Ovulation (kollabierter Follikel, Ausschluß eines „luteinized unruptured follicle“ = LUF). In Stimulationszyklen wird die Anzahl der heranreifenden Follikel überwacht um Mehrlingsschwangerschaften zu verhindern.

- Hepatitis-B-Antigen, Hepatitis-C-Antikörper
- HIV-Test bei Risiko-Gruppen

ZUSAMMENFASSUNG

In der Fertilitätsdiagnostik ist eine synchrone Abklärung beider Partner besonders wichtig. Dies setzt eine gute Zusammenarbeit zwischen Gynäkologen und Urologen (Andrologen) voraus. Eine entsprechende endokrinologische und sonographische Ausbildung ist erforderlich, damit unnötige Abklärungen, Therapien und Komplikationen vermieden werden und dem Paar eine optimale Betreuung ohne Zeitverlust geboten werden kann.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Doz. Dr. Dietmar Spitzer
A-5020 Salzburg,
Schrannengasse 10
e-Mail: D.Spitzer@medway.at

SEROLOGISCHE ABKLÄRUNG

Einige serologische Parameter können sinnvollerweise bereits vor dem Eintreten einer Schwangerschaft bestimmt werden, z. B.:

- Blutgruppe, Rhesus-Faktor, Antikörper-Suchtest
- Röteln-Antikörper-Titer; bei Titer < 1:32 sollte eine Impfung und eine Titer-Kontrolle nach 3 Monaten erfolgen.

Tabelle 1: Methoden zur Überprüfung der Eileiterdurchgängigkeit

Methode	Vorteile	Nachteile
Hysterocontrastsonographie	ambulant, keine Narkose	Tubenmotilität Ø, Endometriose Ø
Hysterosalpingographie	ambulant	ohne Narkose schmerzhaft Tubenmotilität? Endometriose Ø
Pelviskopie u. Durchgängigkeitsprüfung (+ Hysteroskopie)	Tubenmotilität + Endometriose +	stat. (Tages-) Aufnahme Narkose

+ = beurteilbar, Ø = nicht beurteilbar, ? = fraglich beurteilbar

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

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](#)