



## Hormone bei gestörter Ovarfunktion

Stufendiagnostik oder umfassende Erstdiagnostik?

Bei der gestörten Ovarfunktion können u.a. folgende Symptome auftreten:

- Oligomenorrhoe, Polymenorrhoe, Amenorrhoe
- Blutungsanomalien, Menorrhagie
- Unerfüllter Kinderwunsch
- Androgenisierung
- Anovulatorischer Zyklus, Corpus-Luteum-Insuffizienz

Trotz der unterschiedlichen Symptomatik sind die gleichen Ursachen möglich. Je nach Genese wird unterschieden in:

- **Primäre Ovarialinsuffizienz**  
Klimakterium praecox, subklin. M. Addison, iatrogen
- **Hyperprolaktinämische Ovarialinsuffizienz**
- **Hyperandrogenämische Ovarialinsuffizienz**  
(oft ohne Androgenisierungssymptome)
- **Schilddrüsenfunktionsstörungen**  
sowie M. Cushing, schlecht eingestellter Diabetes mellitus

Die **Hypothalamische-hypophysäre Ovarialinsuffizienz** (Gonadotropine normal oder erniedrigt) kommt als Diagnose in Frage, wenn die anderen Hormonstörungen ausgeschlossen sind.

Die Basis-Hormondiagnostik sollte deshalb umfassend sein, unabhängig davon, ob Blutungsauffälligkeiten oder eine Sterilität abgeklärt werden soll:

- **FSH/LH-Quotient, ggf. Östradiol**
- **Prolaktin**
- **Testosteron, SHBG, DHEA-S**
- **TSH**

Auffällige Androgene werden im zweiten Schritt mittels 17-OH-Progesteron (Zyklusbeginn!), freiem Testosteron und ggf. Androstendion abgeklärt.

Bei Frage nach **PCO-Syndrom** werden schon in der Erstdiagnostik 17-OH-Progesteron, Androstendion sowie oraler Glucosetoleranztest und ggf. Insulinresistenz empfohlen. 30 % der PCO-Patientinnen haben sonographisch unauffällige Ovarien! Ein auffälliger FSH/LH-Quotient kann ein Frühsymptom sein.

Bei Frauen, bei denen aufgrund des Alters eine **beginnende primäre Ovarialinsuffizienz** möglich ist, kann im ersten Schritt lediglich FSH und LH bestimmt werden. Ist ein Klimakterium ausgeschlossen, sind die weiteren Hormone zu bestimmen: Prolaktin, TSH, Testosteron, SHBG, DHEA-S.

Bei **M. Cushing** ist Cortisol vermehrt und im Dexamethasonhemmtest nicht ausreichend supprimierbar.

Ein subklinischer **M. Addison** (primäre NNR-Insuffizienz) zeigt auffallend niedriges DHEA-S und Cortisol, das im ACTH-Test unzureichend stimulierbar ist.

Die **Corpus-Luteum-Insuffizienz** ist bei normaler Zykluslänge unwahrscheinlich. Die Ausschlussdiagnostik wird vor allem bei Frage nach Sterilität durchgeführt und erfolgt anhand einer zweimaligen mittlutealen Progesteron- und Östradiolbestimmung (ca. 5 -6 Tage nach der vermuteten Ovulation).

Prof. Dr. med. Lothar Röcker  
Dr. med. Imme Maute  
Dr. med. Hans-Ulrich Altenkirch  
Ärzte für Laboratoriumsmedizin  
Dr. med. Maryam Chahin  
Ärztin für Laboratoriumsmedizin,  
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie  
Dagmar Emrich  
Ärztin für Mikrobiologie und  
Infektionsepidemiologie

und Kollegen

Mecklenburgische Straße 28  
14197 Berlin

Telefon 030.820 93-0  
Fax 030.820 93-301  
webmaster@labor28.de  
www.labor28.de



DAC-P-0146-02-00

Die Blutentnahme sollte für die Basisdiagnostik (FSH/LH-Quotient, Androgene, SHBG) sowie für 17-OH-Progesteron stets am Zyklusbeginn (3.-5. Tag) möglichst morgens zwischen 8-10 Uhr erfolgen. Bitte immer Zyklustag, Zykluslänge, klinische Fragestellung und ggf. Hormontherapie-Einnahme angeben.

**Material:** 1 ml Serum