

## Hormone bei gestörter Ovarfunktion

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

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

Verschiedene Ursachen können zugrunde liegen. Je nach Genese wird unterschieden in:

- **Primäre Ovarialinsuffizienz**  
z. B. Klimakterium praecox, 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.

Bei Kinderwunsch wird zur Einschätzung der ovariellen Funktionsreserve die Bestimmung von AMH empfohlen.

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

Bei Frage nach **PCO-Syndrom** werden schon in der Erstdiagnostik 17-OH-Progesteron, Androstendion sowie Abklärung einer Insulinresistenz bzw. oraler Glucosetoleranztest empfohlen. 30 % der PCO-Patientinnen haben sonografisch unauffällige Ovarien! Ein auffälliger LH/FSH-Quotient kann ein Frühsymptom sein, AMH ist häufig erhöht.

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 wenig wahrscheinlich. 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).

### Basisdiagnostik:

LH, FSH, Östradiol  
Prolaktin  
Testosteron, SHBG, DHEAS  
TSH

### Zusätzlich:

**bei Kinderwunsch:**  
AMH

**bei Hyperandrogenämie:**  
17-OH-Progesteron  
Androstendion

**bei V.a. Insulinresistenz:**  
(mind. 12 Std. nüchtern)

- HOMA-IR Glukose/Insulin (NaF-Blut/Serum) (Präanalytik (!) beachten bzw. im Labor abnehmen)
- Oraler Glukosetoleranztest
- (ggf. Proinsulin. i. EDTA)

Die Blutentnahme sollte für die Basisdiagnostik sowie für 17-OH-Progesteron stets am Zyklusanfang (2.-4. Tag) möglichst morgens zwischen 8.00 bis 10.00 Uhr erfolgen. Bitte immer Zyklustag, Zykluslänge, klinische Fragestellung und ggf. Hormontherapie-Einnahme angeben.

**Material: 1 ml Serum**