

Dr. Martina Nordin  
 Prof. Michael K. Hohl  
 Kinderwunschzentrum Baden  
 Dr. Mark Ormos  
 Klinik für Gynäkologie  
 Kantonsspital Baden AG

# „Polyzystische Ovarien“

Die Bilder ...

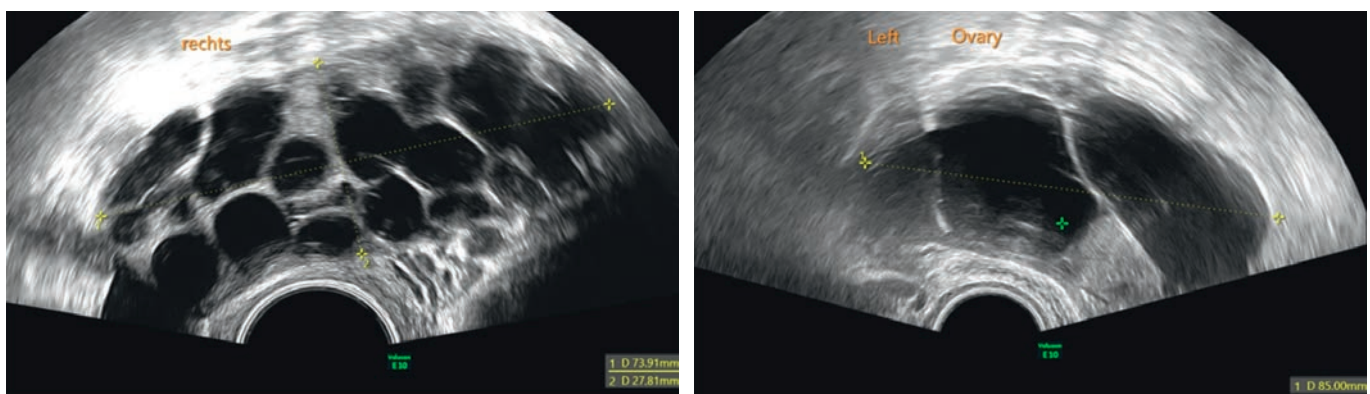


Abb. 1. Erstvorstellung nach Zuweisung 02/21: Befund unter COC-Einnahme

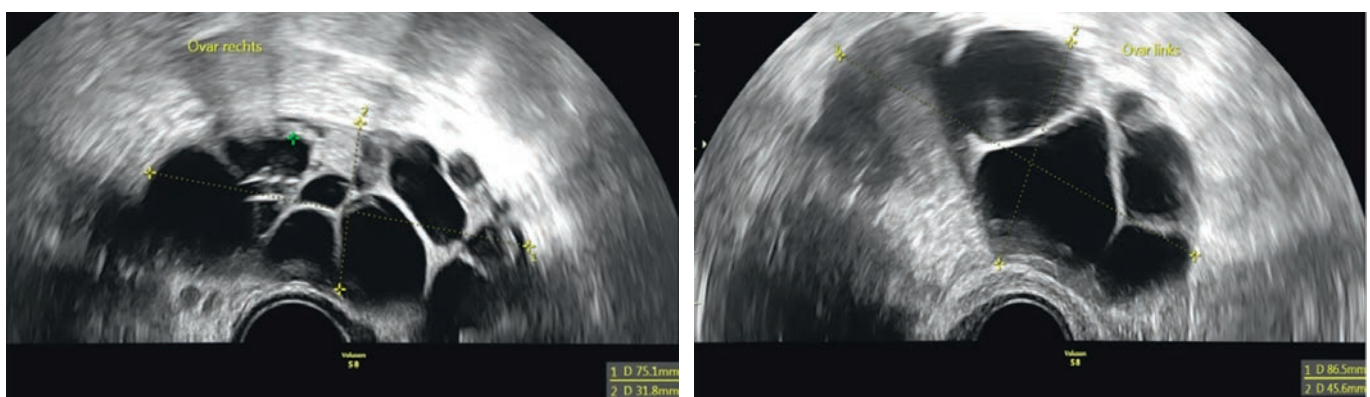


Abb. 2. Kontrolle 04/21: Befund Persistenz weiter unter COC

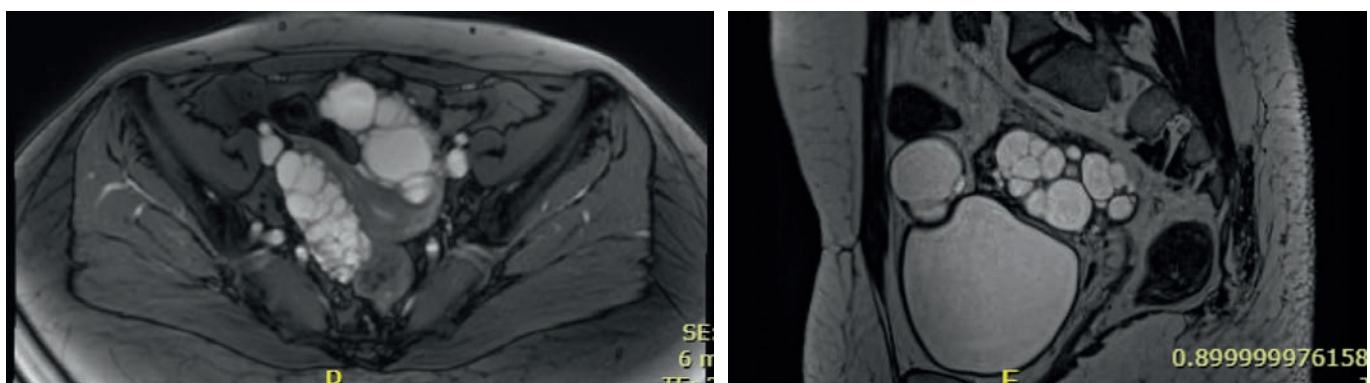


Abb. 3. MRI Abdomen 11/2020

... zeigen sonografisch (und im MRI) multizystische Ovarien, die auf den ersten Blick wie polyzystische Ovarien (PCO) aussehen (Abb. 1).



Abb. 4. Typischer Ultraschallbefund bei PCO

### Die Patientin

Eine 30-jährige Patientin GII PII wird primär zugewiesen wegen über Monate persistierenden, auch in der postpartalen Periode und Stillzeit, multizystischen Ovarien. Die erste Befunddokumentation wurde im Rahmen der postpartalen Kontrolle 02/2020 erhoben.

Der Befund persistierte auch unter Ovulationshemmer (regelmäßige Abbruchblutung). Die Patientin, die zweimal spontan schwanger geworden ist (Geburt 2017 und 2019), hatte 2012 in Ungarn eine Laparoskopie mit Zystenbiopsien links und rechts sowie ein Ovarian Drilling. Dies deutet darauf hin, dass die Patientin bereits damals einen ähnlichen Ultraschallbefund hatte. Die Patientin ist asymptomatisch, bis auf gelegentliche stechende Unterbauchschmerzen. Der Zyklus war anamnestisch immer regelmässig, ist jetzt durch die Pille nicht zu beurteilen.

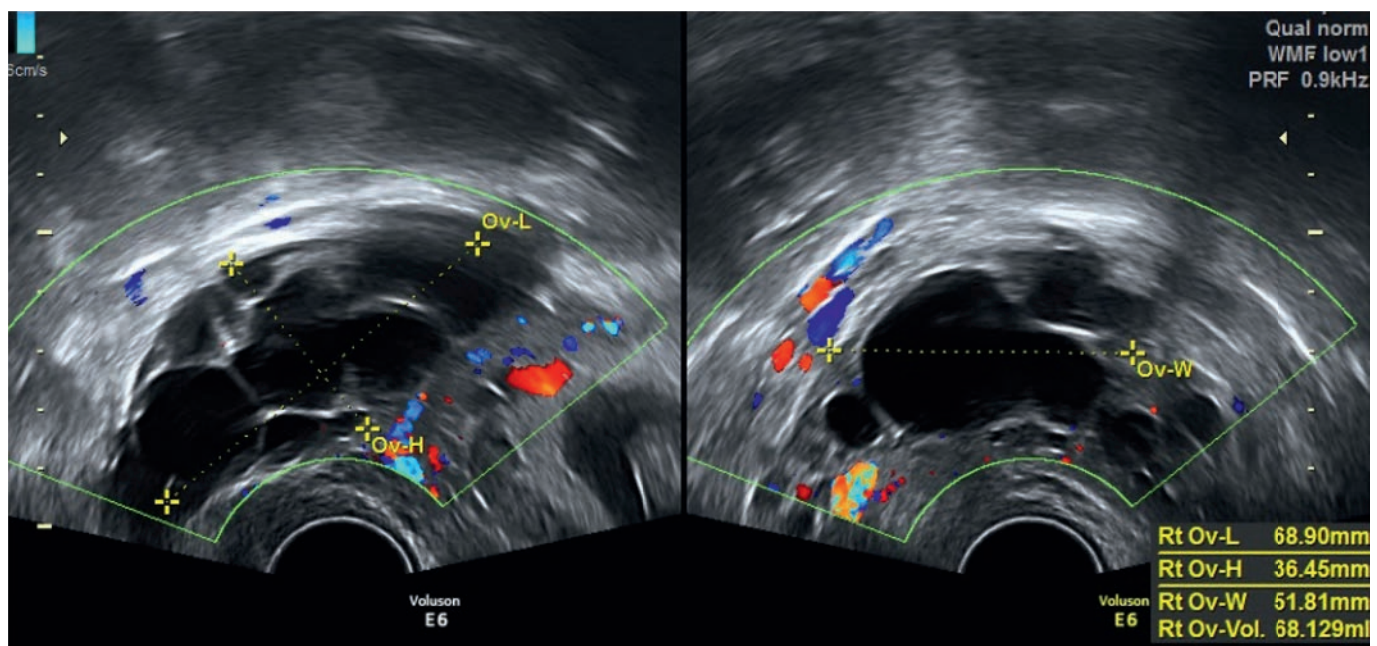


Abb. 5. Befund in der Frühschwangerschaft 05/19

Seit der letzten Geburt (2019) hat die Patientin 30 kg an Gewicht zugenommen. Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung am Kantonsspital Baden 02/2021 war sie seit einem Monat unter einem COC mit 30 mcg EE und 150 mg LNG, zuvor bereits mehrere Monate unter einem COC mit 20 mcg EE und 150 mg LNG.

Die Familienanamnese ist positiv für Diabetes (Mutter, Vater, Grosseltern).

Die erste Labordiagnostik zeigt u. a. ein erhöhtes freies Testosteron (13,9 pmol/l), einen normalen CA-125 und AMH Wert. Auch alle weiteren endokrinologischen Parameter sind normal.

Da bei der Patientin wegen persistierenden Zysten primär auch eine Neoplasie im Raum stand, wurde ein MRI veranlasst (Abb. 3). Dies zeigte keine Hinweise für Malignität. Anteile eines multizystischen Zystadenoms waren nicht wahrscheinlich. Die Bildmorphologie war passend zu funktionellen Zysten.

### Was hat die Patientin?

Die Patientin wird nun in die gynäkologische Endokrinologie-Sprechstunde überwiesen zur weiteren Diagnostik.

Man findet bei der Patientin

- eine leichte Akne
- derzeit ein stabiles Gewicht
- asymptomatisch
- zurzeit kein Kinderwunsch
- Laborwerte in der Pillenpause: normale Androgene, normaler freier Androgenindex, ein unauffälliger OGTT und HOMA-IR

Bei genauerer Betrachtung fehlt das PCO typische Muster (Abb. 4) mit

- randständigen Follikeln
- perlschnurartig aufgereiht
- Follikelgrösse 2–9 mm
- zentraler Hypodensität

Sonographisch lassen sich die beidseits deutlich vergrösserten Ovarien mit Zysten bis zu 3 cm bestätigen. Nach einem Aktenstudium kann eine Bilddokumentation von 05/2019 in der Frühschwangerschaft mit dem gleichen Befund nachgewiesen werden.

### Kein klassisches PCO-Syndrom

Nach wie vor wird die Diagnose PCO-Syndrom mit den Rotterdam-Kriterien gestellt:

- Oligo-Amenorrhoe
- Klinische oder laborchemische Hyperandrogenämie
- Sonographisches Bild eines PCO, ein Ovar ist für die Diagnose ausreichend

Beim PCO handelt es sich um die häufigste Endokrinopathie der Frau mit einer von Prävalenz 8–13%. Der typische Ultraschallbefund bei PCO wurde bereits beschrieben (siehe Abb. 4.)

Häufigste Zusatzkriterien

- Insulinresistenz, Diabetes
- Adipositas
- Hirsutismus
- Depression, Angststörung

Unsere Patientin erfüllt die Kriterien für ein PCOS nicht. Eine maligne Erkrankung konnte ebenfalls ausgeschlossen werden.

Die normalen Estradiol-, und Gonadotropinwerte sprechen am ehesten für das vorliegenden von multiplen funktionellen Zysten ohne hormonelle Aktivität.



### Arbeitshypothese

Multizystische Ovarien ungeklärter Ätiologie ohne therapeutische Konsequenz

### Therapie

- Bei fehlender Symptomatik, benignem MRI- und Ultraschallbefund sowie Verhütungsbedarf: Fortsetzen der bereits begonnen hormonellen Kontrazeption.
- Aufgrund der Gewichtszunahme und der klinischen Hyperandrogenämie – Wechsel auf Yasmin.
- Es gibt keine Indikation für eine operative Therapie.

- Life-Style-Anpassungen mit Gewichtsreduktion. Ernährungsumstellung empfohlen.
- Aufklärung über Torsionszeichen

### Kernaussagen

- Auffällige Ultraschallbefunde sollten kontrolliert werden.
- Nicht jedes „multizystische“ Ovar ist ein PCO.
- Befunde können physiologisch sein.
- Eine interdisziplinäre Abklärung bietet in solchen Fällen Sicherheit.