PCOS und Kinderwunsch - über Symptome, Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten des PCO-Syndroms

Hallo und herzlich willkommen in der Kinderwunschsprechstunde von dm Glückskind. Ich bin Dr. Elena Leineweber, Frauenärztin, gynäkologische Endokrinologin und Reproduktionsmedizinerin. Hier spreche ich mit Expertinnen und Experten aus Medizin und Psychologie, stelle eure Fragen und begleite euch mit den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen durch die Kinderwunschzeit.

Kinderwunschsprechstunde wird präsentiert von Doppelherz Mama Plus, dem Nahrungsergänzungsmittel von Doppelherz für Frauen vom Kinderwunsch bis zur Stillzeit.

Bei mir in der Kinderwunschsprechstunde hat wahrscheinlich so jede dritte oder vierte Frau, die sich mit unerfülltem Kinderwunsch vorstellt, ein polizystisches Ovarialsyndrom, kurz PCOS. Und wahrscheinlich sind auch viele von euch ZuhörerInnen davon betroffen. Deswegen haben wir dem Krankheitsbild die heutige Folge gewidmet. Wir werden darüber sprechen, wie häufig das PCOS ist, wie groß der Einfluss auf die Fruchtbarkeit ist, was man selbst gegen PCOS Beschwerden tun kann, egal ob man schwanger werden will oder nicht, wieso beim PCOS häufig die Pille verschrieben wird und natürlich wie die Kinderwunschtherapie beim PCOS typischerweise aussieht. Und das Ganze mache ich nicht alleine, sondern dafür habe ich mir heute Unterstützung geholt und habe Dr. Maren Gökenjahn eingeladen. Hi Maren. Hallo Elena.

Ja, Maren, du bist auch Frauenärztin und Reproduktionsmedizinerin und leitest das Hormon und Kinderwunschzentrum der Uni Dresden. Du warst auch maßgeblich an der Verfassung der neuen Leitlinie zum polizistischen Ovarialsyndrom beteiligt. Und du siehst wahrscheinlich auch wahnsinnig viele Frauen mit PCOS in deiner Kinderwunschsprechstunde und kennst diese ganzen Facetten. Und das PCO-Syndrom ist ja relativ komplex. Deswegen würde ich heute gerne mal ganz einfach einsteigen. Und vielleicht kannst du erst mal erläutern, wie viele Frauen in Deutschland eigentlich davon betroffen sind.

Ich würde auch schätzen, dass etwa jede dritte oder vierte Frau irgendwie Bestandteile des PCOS aufweist, die wir auch im Gespräch irgendwann mal im Laufe der Therapien oder im Laufe der ersten Begegnungen thematisieren. Ganz so häufig ist das PCO-Syndrom natürlich in der Gesellschaft nicht. Das ist gut. Man schätzt, dass etwa zehn Prozent der Frauen im reproduktiven Alter, also zwischen 15 und 45, Symptome und Bestandteile des PCO-Syndroms haben.

Ja, ich habe in der Sprechstunde auch immer wieder Patientinnen, die sich vorstellen und die mir sagen, ihre Frauenärztin hat eigentlich schon gesagt, dass sie so vielleicht ein PCO-Syndrom hat, aber die hat sich nicht so richtig festgelegt und jetzt würde sie gerne wissen, was da eigentlich Sache ist. Wie kommt es zu so einer Aussage?

Ja, da muss ich ein bisschen ausholen. Also das PCO-Syndrom, das ist eigentlich so ein riesen Topf, in den ganz viele Dinge reinkommen, die sich am Schluss mit etwa dem gleichen klinischen Bild zeigen. Nämlich das PCO-Syndrom besteht aus drei diagnostischen Kriterien. Wenn Frauen zum Beispiel längere Zyklen haben oder gar keine Zyklen mehr und auch nicht so häufig Ovulationen haben, was man aber nicht so leicht erkennt, da muss man schon genauer eintauchen. Wenn Frauen Zeichen der männlichen Geschlechtshormonvermehrung haben und wenn Frauen, und jetzt kommt die Gynäkologin ins Spiel und der Gynäkologe, ein ganz typisches Ultraschallbild im vaginalen Ultraschall aufweisen, dann spricht man vom PCO-Syndrom. Und eigentlich optimal ist, wenn man sich diese drei Komponenten anguckt, schaut ob da auch mindestens zwei Komponenten vorhanden sind. Dann kann man die Diagnose PCO-Syndrom auch stellen.

Oft ist es aber so, dass die Frauenärztin z.B. Kontakt mit einer Patientin haben und dann vielleicht auch aus bestimmten Gründen, vielleicht hat die Frau Unterbauchschmerzen oder sie hat gesagt ich habe im unregelmäßigen Zyklus dann Ultraschall machen, und bei dem transvaginalen Ultraschall, dem typischen gynäkologischen Ultraschall, dann sagen: „Huch, hallo, also das sind ja schöne Eierstöcke." Aber die sehen ja ganz typisch für das PCO-Syndrom aus. Und dann hört die Frau das erste Mal PCO-Syndrom, hört auch das Wort Zysten. Du hattest ganz eingangs erzählt, PCO-Syndrom ist die Abkürzung für polyzystisches Ovarsyndrom. So lang kann man gar nicht sagen, deswegen sagen wir immer PCO. Und dann hören die Zysten und denken: Oh Gott, ich hab was Auffälliges und hier ist irgendwas nicht ganz in Ordnung und Zyste hört sich auch nicht gut an. Ja, und dann, da geht es los. Dann macht die Frau sich Sorgen, dann fängt sie an zu googeln und so weiter. Und dann muss man viel wieder irgendwie gerade bringen.

Aber oft ist das auch völlig normal. Also heute wird PCO-Syndrom jetzt von der Diagnose vom Ultraschall mit den vielen kleinen Follikeln Eierstock definiert und die aktuellste Leitlinie, die für uns gültig ist, die europäische Leitlinie, unsere deutsche Leitlinie hast du eben schon erzählt, die wird gerade erstellt, aber ist noch nicht veröffentlicht, die definiert, dass viele kleine Follikel im Ultraschall sichtbar sein sollen und dann kann man von PCO-typischem Ovar sprechen.

Aber junge Frauen haben super gut aussehende Eierstöcke mit vielen, vielen kleinen Follikeln und da ist überhaupt noch nichts Schlimmes da dran. Eigentlich ist es eher sogar was Gutes.

Ja, ich habe auch mal gelernt, dass man die Eierstöcke im Ultraschall frühestens so acht Jahre nach der ersten Regelblutung beurteilen soll. Denn vorher ist es oder kann es ganz normal sein, dass dort eben ganz viele von diesen kleinen Eibläschen sichtbar sind.

Ja, das stimmt. Und es ist auch total wichtig, das zu berücksichtigen. Ich versuche immer so ein bisschen zu erklären, dass das, was die Frauen mit PCO-Syndrom als Symptome haben, nämlich etwas vermehrte männliche Geschlechtshormone, Wirkung auf den Körper, unregelmäßiger Zyklus und so schöne Eierstocksreserve im Ultraschall, dass das super typisch ist für Jugendliche.

Jetzt hattest du ja eben schon über den Zyklus gesprochen und dass der häufiger unregelmäßig ist oder vielleicht die Blutung auch vollständig ausbleibt. Viele von unseren Hörerinnen tracken auch ihren Zyklus und die wissen vielleicht gar nicht so genau, was ist denn jetzt wirklich normal und ab wann ist es nicht mehr normal und was würden auch wir als Frauenärztin als unregelmäßig bezeichnen?

Du hattest ja eben schon über die Jugendlichen gesprochen, die haben, die dürfen auch viele Jahre nach der ersten Periodenblutung noch einen unregelmäßigen Zyklus haben, das ist OK, sollte nur nicht belastend sein. Und wenn wir uns jetzt erwachsene Frauen anschauen, ich finde, dass ein in Anführungsstrichen normaler Zyklus, der endet ja der Mondphase, also 28 Tage, das wäre normal. Aber man kann plus minus sieben Tage rechnen. Also von 21 bis 35 Tagen ist fast alles noch normal. Dann geht auch der Druck raus, ne? Das, was viele Frauen berichten, mein Zyklus ist so regelmäßig wie die Uhr, man kann meine Uhr danach stellen. Das höre ich ganz oft in der Sprechstunde. Du

bestimmt auch. Ja. Das ist selten und super schön, freut mich, aber das ist fast nicht normal.

Heißt unter Stress oder unter vielleicht Gewichtsänderung oder wenn ich mal viel Sport gemacht habe oder auch positiven Stress im Urlaub, der Zyklus nicht so kommt wie 28 Tage plus minus Paar, das ist völlig okay. Das stört auch nicht. Was auffällig ist, ist, dass bei einer erwachsenen Frau Zyklen sehr kurz kommen und Zwischenblutungen, vielleicht alle 2 Wochen. Das ist sicherlich nicht normal. Und mehr als 5 oder sogar 6 Wochen zwischen den Zyklen ist sind. Das ist dann nicht mehr normal.

Ich hab noch mal zu einem anderen Kriterium für die Diagnose vom PCOS in meiner Schwerpunktprüfung für die gynäkologische Endokrinologin und Reproduktionsmedizinerin, auch die Frage gestellt bekommen, ob es denn abgesehen von diesem Ultraschallbild noch eine andere Möglichkeit zur Diagnostik gibt. Und man wollte darauf hinaus, dass in der neuen europäischen Leitlinie nun auch der AMH-Wert zur Diagnose herangezogen wird. Und dabei ist die Rede davon, dass, wenn der AMH-Wert über 5 Nanogramm pro Milliliter liegt, man auch an ein PCO-Syndrom denken sollte. Wie siehst du das?

Der Anti-Müller-Hormonwert, der reflektiert das, was wir eigentlich im Ultraschall sehen, nämlich die kleinen bisschen angereiften Follikel im Eierstock. Also die sind so, das was wir im Ultraschall sehen können, da sind die Follikel so 3 bis oder 2 sogar bis 9 mm groß und die zählen wir dann und sagen okay, über 20 in mindestens einem Eierstock, das geht so ein bisschen in Richtung PCO, es ist PCO-typisch. Diese kleinen Follikelchen, die bilden in ihrer Follikelwand das Anti-Müller-Hormon. Die reflektieren einerseits, wie viel Follikel ursprünglich im Eierstock sind und andererseits reflektieren die, wie so der Funktionszustand des Eierstocks ist, also wie viel da gerade ranreifen.

Das PCO-Syndrom ist nämlich auch gekennzeichnet dadurch, dass im Eierstock die Follikelreifung in einem bestimmten Zustand festgesetzt wird. Das geht da nicht weiter. D.h. der Funktionszustand ist gestört und die Frauen haben mit PCO-Syndrom schon von Geburt an eine sehr schöne hohe Eierstocksreserve. Das beides kommt zusammen und dann ist das AMH überdurchschnittlich hoch. Höher, dieser Wert im Blut, höher als bei Frauen, die einen durchschnittlich langen Zyklus haben und kein PCO-Syndrom.

Aber in der Pubertät, da kann man das nicht anwenden, weil die Frauen ja sowieso eine gute Eierstocksreserve haben und auch junge Frauen bis zu 8 Jahre nach der

Periodenblutung immer noch unregelmäßig Zyklen haben dürfen und dann auch der Funktionszustand so sein darf, dass das AMH hoch ist. Naja, und wenn du mich jetzt fragen würdest, was sage ich denn dazu, würde ich sagen, es hilft uns eigentlich nicht viel, denn der Ultraschall sagt uns viel mehr. Der Ultraschall gibt uns auch noch an, ob vielleicht irgendwas anderes auffällig im Bereich des in der Gebärmutter ist, ob die Schleimhaut hoch aufgebaut ist, ob die Eierstöcke vielleicht der eine Eierstock P.C.O. typisch aussieht oder der andere nicht. Also es hilft mir eigentlich viel mehr als nur das A.M.H. Und ich denke, man muss es auch immer so ein bisschen im Gesamtbild sehen, wenn jetzt eine Patientin einfach nur einen hohen AMH-Wert hat, aber relativ regelmäßige Zyklen und keine Symptome von vermehrt männlichen Hormonen, dann würde ich das jetzt erst mal gar nicht als auffällig bezeichnen.

Absolut. Und ich denke, man hört es auch so ein bisschen raus, dass diese Diagnostik an der Stelle nicht immer schwarz oder weiß ist, sondern dass es auch eben viele Graustufen dazwischen gibt und man sich das ganz individuell anschauen muss. Und das vielleicht auch eben, um noch mal auf diese Frage zurückzukommen, die Antwort dafür ist, warum eben manche Frauenärztinnen das mal anklingen lassen, sich aber da nicht so hundertprozentig festlegen.

Ja, genau. Ich habe nämlich mal einen Artikel gelesen, wo auch die Rede davon war, dass die Frauen mit dem, wie wir es heute als P.C.O. Syndrom bezeichnen, die davon betroffen waren, eigentlich diejenigen waren über die Evolution hingesehen, die fruchtbarer waren und fertiler waren, ja, ne, und die aber in der heutigen Gesellschaft eher einen Nachteil hatten, aber evolutionstechnisch gesehen über die letzten Jahrtausende tatsächlich einen Vorteil hatten und mit für den Erhalt unserer Menschheit verantwortlich waren. Genau. Und das finde ich auch mega interessant. Und das versuche ich tatsächlich, auch wenn es schwer zu verstehen ist, den Frauen mit diagnostiziertem PCO-Syndrom und die vielleicht auch wirklich leiden unter dem Bild, wie zum Beispiel vermehrte Behaarung oder Akne oder auch, das haben wir jetzt noch gar nicht so richtig angesprochen, aber es wird ganz, ganz oft mit PCO-Syndrom eins zu eins übernommen, was so nicht stimmt, mit Übergewicht zu tun haben. Die Frauen, denen versuch ich zu erklären, nee, eigentlich ist bei ihnen in ihrer Geschichte, in ihrer Familiengeschichte, sind sie als besonders gesund heraus, also hat sich das herauskristallisiert, dass sie eigentlich besonders gesund sind und das, was heute das Problem ist, dass es eben nicht mehr besonders gesund ist, weil wir so leicht verfügbar hochkalorische Nahrung haben und uns so leicht wenig bewegen und die Frauen mit der Vorbedingung des P.C.O. Somens, die nehmen eben besonders leicht zu. Mhm.

Jetzt kommt Werbung.

Weißt du eigentlich, wie du von Kinderwunsch bis Stillzeit immer die richtigen Nährstoffe für dich und dein Baby bekommst? Klar, gesunde Ernährung. Aber der Bedarf ist in dieser magischen Zeit eben deutlich höher als sonst. Und eine umfassende Nährstoffversorgung, die unterstützt Doppel Herz Mama Plus mit Folsäure, B-Vitaminen sowie den Mineralstoffen Kalzium, Magnesium, Eisen, Zink und Jod. Zusätzlich enthalten die Kapseln Omega-3-Fettsäuren, einschließlich 200 mg DHA, bei nur zwei Kapseln täglich. Erhalte einmalig einen 30-Prozent-Vorteilscoupon auf Doppelherzmama Plus. Einfach bis zum 31.01.2025 auf dm.de/kinderwunschsprechstunde freischalten und innerhalb von 25 Tagen online auf dm.de, der dm-App, oder M.D.M. Markt einlösen.

Das war die Werbung.

Ja, wir haben jetzt ja schon einige typische Symptome von dem P.C.O. Syndrom angerissen, so was wie eine unreine Haut oder Akne, vielleicht auch Haarausfall oder Körperbehaarung an Stellen, die eigentlich für Frauen eher untypisch sind, wie zum Beispiel einen Darmbart oder auch im Bereich der Brust oder des Bauchs. Und du hattest ja auch schon mal den Einfluss auf das Körpergewicht angesprochen. Jetzt ist es ja auch so, dass viele Frauen mit einem PCO Syndrom nicht nur, sag ich mal, so eine Neigung zum Übergewicht haben, sondern auch tatsächlich eine Insulinresistenz haben. Kannst du einmal erklären, einmal, was bedeutet eine Insulinresistenz und was macht das auch mit dem Hormonstoffwechsel?

Also Insulinresistenz ist einfach gesagt eine Vorstufe von einer Zuckerkrankheit, also Diabetes. Bei der Insulinresistenz ist es so, dass die Körperzellen auf Insulin schwerhörig geworden sind, weil viel zu viel Insulin auf die Zellen einwirkt. Die Zellen, vor allem von der Muskulatur und dem Fettgewebe auch, die brauchen viel Insulin, um richtig zu wirken. Und das Insulin wird dann immer höher. Und irgendwann ist es zu hoch, es ist wirklich super, super hoch, aber die Zellen können gar nicht mehr wirken. Und dann gibt es die Zuckerkrankheit. Das ist das Endstadium. Ja. Und das ist natürlich problematisch, dann ist das Gleichgewicht zwischen Zucker und Insulin völlig gestört. Der Zucker steigt an und verletzt letztendlich an vielen Stellen, wenn das nicht geregelt wird und nicht kontrolliert wird und nicht behandelt wird, dann auch ganz viele Organe. So ist das bei der Insulinresistenz noch nicht. Aber das viele Insulin im Blut macht was mit den Zellen. Das macht zum Beispiel was im Eierstock. Und man weiß, dass das gestörte Mikromilieu, wenn da zu viel Insulin ist, auch dieses Bild der Funktionsstörung im Eierstock macht. Also das heißt, wenn man in einem Tierversuch Tiere mit Insulin im

Bereich des Eierstocks quasi belastet, dann würden die auch eine Zyklusstörung bekommen. So kann man sich das bei der Insulinresistenz vorstellen. Das ist total blöd, weil das ist wie so eine Art Teufelskreis. Frauen mit PCO-Syndrom haben eine Insulinresistenz und die Insulinresistenz wiederum vermehrt Insulin, macht am Eierstock auch noch weitere Funktionsstörungen. Und fördert zum Beispiel auch die männlichen Hormone nochmal, dass es wieder noch mehr zu noch mehr männlichen Hormonen kommt.

Ja, den Teil haben wir, glaube ich, noch nicht so richtig erläutert. In den kleinen Follikeln in der Wand, in der auch das Anti-Müller-Hormon gebildet wird, wird in anderen Zellen auch oder dort in der Wand, wird auch das Testosteron bzw. Testosteronvorstufen gebildet. Und die wirken dann im ganzen Körper, die schwirren dann durchs Blut und machen an vier verschiedenen Stellen das, was tendenziell eher so aussieht wie beim Mann, nämlich Behaarung an falschen Stellen für die Frau.

Ich finde, das ist wirklich spannend. Insulin ist ein Wachstumsfaktor. Insulin macht, dass Zellen eigentlich wachsen. Und Insulin ist ja total gut. Es wird ja normalerweise nach dem Essen ausgeschüttet und kommt dann, fließt an und fällt dann wieder ab. Und dann kommt der Gegenspieler, das ist das Glukagon, das ist das Hungerhormon quasi. Und normalerweise gibt es so ein zyklisches Auf und Ab von Insulin nach dem Essen. Man isst, dann steigt das Insulin und dann fällt es nach ein, zwei Stunden wieder schön ab und dann muss der Gegenspieler kommen. Und das ist bei Frauen mit oder bei Menschen mit Insulinresistenz auch gestört. Die haben quasi die ganze Nacht über oder auch in Hungerphasen immer immer noch ein bisschen genügend Insulin. Das Glukagon kann gar nicht anfangen zu wirken und das Fettgewebe wird nicht wieder abgebaut, sondern sogar noch zu dem Zustand, wird immer noch Restzucker sogar noch eingebaut, weil das Insulin ja noch da ist und diese Wirkung eigentlich auf den Körper hat.

Und dann, wenn man Frauen mit P.C.O. Syndrom und Übergewicht fragt, wie das denn kommt, dass sie übergewichtig sind, oder wann sie übergewichtig geworden sind, dann sagen die ganz häufig, ach, ich war schon immer übergewichtig, oder weil ich muss gar nicht viel essen, oder manche besagen, das hab ich auch schon häufiger gehört, ich muss das Essen nur angucken und ich werd schwerer.

Ja, das erlebe ich auch tatsächlich sehr häufig, dass die Frauen berichten, ich esse total wenig und ich mache auch schon Sport und bewege mich und trotzdem nehme ich aber nicht ab. Und ich glaube, da ist es ganz wichtig zu verstehen, wenn man das hört, dass

man tatsächlich da mal genauer hinschauen sollte, ob es sich vielleicht um eine Insulinresistenz handelt. An der Stelle ist es so, dass ja einmal die Betroffenen auch selber ganz viel tun können, aber auch wir von ärztlicher Seite was tun können. Was empfiehlst du immer?

Ich rede, ich versuche schon so über Lebensalltag zu sprechen. Ich versuche zu vermitteln, dass mehrere Mahlzeiten am Tag besser sind als nur eine große. Zum Beispiel abends, wenn man erschöpft von der Arbeit nach Hause kommt und dann richtig schön Abend isst, das ist schlechter. Es ist besser, das zu verteilen und regelmäßig ein bisschen was zu essen. Ich weiß, das ist für mich auch schwierig, mich darin zu halten, aber es ist abhängig von dem Grundstoffwechsel und den Vorbedingungen ist besonders wichtig, dass man sich dran hält. Und gesund und ausgewogen, vielleicht sogar bunt zu essen, möglichst ganz viele unterschiedliche Sachen, Obst und Gemüse. Dann sich gut zu bewegen. Also wirklich so eine Routine zu schaffen, dass man sagt, zwei, dreimal die Woche, eine Stunde Sport. Wenn man das bis zum Wochenende nicht geschafft hat, dann muss man am Wochenende besonders viel Sport.

Jetzt haben wir ja grad schon angesprochen, was man selber machen kann? Wie können wir denn jetzt von ärztlicher Seite aus so eine Insulinresistenz noch unterstützen?

Erstmal ist es, wie du eben ja auch schon gesagt hast, super wichtig daran zu denken. Und man könnte Insulinresistenz tatsächlich bestimmen. Die Leitlinien empfehlen das nicht mehr so richtig, weil die Maß, also diese Messmethoden zum Beispiel im Blut, nicht so einfach zu interpretieren sind. Ich liebe eigentlich einen Wert, den man bestimmen kann, den sogenannten HOMA-Index. Ich benutze ihn auch ganz gerne, um so abzuschätzen, wem ich welcher Frau ich eher Metformin zumute. Das ist nämlich das Medikament, was man dann geben kann, die Insulinresistenz bestätigt. Aber das wird fast nicht mehr empfohlen. Wenn eine Frau mit PCO-Syndrom wirklich Beschwerden hat mit Übergewicht und stark zunimmt und funktionell auch sich das schon anhört wie eine Insulinresistenz, dann sollte man die wirkliche Zuckerkrankheit ausschließen. Und wenn sie aber keine Zuckerkrankheit hat, kann sie trotzdem Metformin bekommen. Metformin macht einerseits, dass anders Zucker aus dem Darm aufgenommen wird. Metformin macht, dass die Zellen wieder sensibler das Insulin wahrnehmen und das durch Rückkopplung bzw. durch Reaktionen des Körpers dann auch nicht mehr ganz so stark ausgeschüttet wird. Und dann auch die Wirkung nicht mehr ganz so stark da ist. Es wird nicht mehr so viel eingebaut in Fettgewebe. Und in den Phasen, nach dem Essen und in den Hungerphasen, kann das Glukagon, der Gegenspieler vom Insulin, auch eher wieder wirken. Und das alles führt dazu, dass die Frauen tatsächlich nachweislich, die mit

PCO-Syndrom und Übergewicht oder Zyklusstörungen an den Symptomen leiden, dass die profitieren können davon, dass das Metformin gegeben wird.

An der Stelle mache ich das tatsächlich auch so wie du. Ich bestimme sehr gerne den Hummer-Index. Und wenn es total unauffällig ist oder wenn jemand sehr viele Nebenwirkungen mit dem Metformin hat, dann ja gebe ich auch gerne mal Myoinositol. Das ist ein Nahrungsergänzungsmittel, was ja eben auch gezeigt hat, dass es sehr viele positive Effekte beim PCO-Syndrom haben kann und auch sich ähnlich positiv auf den Zyklus auswirkt, nach meiner Erfahrung wie das Metformin, nur vielleicht, was jetzt die Gewichtsabnahme und die Insulinresistenz angeht, vielleicht nicht ganz so effektiv ist.

Ja, das Myoinositol ist auch eigentlich eine tolle Idee. Es ist so ein Stoff, der an den Insulinrezeptoren wirkt und irgendwie die Wirkung vom Insulin verstärkt auf die Zelle. Das heißt, es ist super, aber es ist nicht so gut nachgewiesen. Und es ist auch kein Medikament, sondern Nahrungsergänzungsprodukt. Das heißt, die Studien sind auch nicht so aufwendig gemacht. Und daher hat das auch in der Leitlinie, die ja jetzt von uns dann auch für Deutschland und die deutschsprachigen Länder kommt, leider keinen guten Eingang gefunden. Das ist so, dass man sagt, na ja, kann man geben. Aber ich persönlich denke auch, für Frauen, die Metformin nicht gut vertragen und auch vielleicht Alternativpräparate mit anderer Präparation, die nicht ganz so schnell freigesetzt werden, auch nicht gut vertragen, wäre das durchaus eine Option.

Jetzt gibt es ja auch einige Frauen, die sind schlank und haben eine Insulinresistenz. Das ist relativ, in meiner Erfahrung eher selten der Fall, sagen wir es so. Aber auch das gibt es. Was würdest du denen denn jetzt empfehlen?

Die können ja nicht noch mehr abnehmen. Nee, sollen die auch gar nicht. Das sind besonders die Frauen, wo wir über das PCO-Syndrom stolpern, weil die so super typisch auffällige Eierstöcke haben. Und da ist es auch manchmal so, dass wir, weil die Frauen sogar sehr schlank und vielleicht sogar zu schlank sind, auch so die Differentialdiagnose stellen müssen, ob das eine funktionelle Zyklusstörung ist, weil sie zu wenig Körpergewicht haben. Das ist ein bisschen schwer zu entscheiden. Diesen Frauen rate ich zum Beispiel auch zum Myonosetol, das hattest du eben schon angesprochen. Und vor allem dann, wenn Sie schwanger werden wollen, würden wir Ihnen raten, dass Sie sich mit Medikamenten behandeln lassen, die den Zyklus regulieren. Und wenn Sie jung sind und noch nicht schwanger werden, dann könnte man zum Beispiel den Frauen mit Abwägungen und auch Vor und Nachteilen sagen, dass die Pille eine ganz gute Methode grade für diese jungen Frauen ist.

Das wäre nämlich tatsächlich meine nächste Frage gewesen. Betrifft jetzt natürlich nur die ZuhörerInnen, die aktuell nicht schwanger werden wollen. Aber wenn der Kinderwunsch jetzt eben nicht so ganz so relevant ist, dann wird häufig beim PCO-Syndrom die Pille vorgeschlagen. Und kannst du einmal erklären, warum?

Pille bedeutet ja, dass man Östrogen, zumeist synthetische Östrogene und Gestagen zusammengibt, um einen Zyklus herzustellen. Das wird so zyklisch verabreicht und nach etwa drei, vier Wochen kommt dann die nächste Periodenblutung. Das ist ja super, das ist ja der Vier-Wochen-Zyklus. Könnte man ja denken, ist die Frau wieder gesund, hat wieder einen normalen Zyklus und die Eierstöcke, die bilden sich auch ein bisschen zurück. Unter Pilleneinnahme ist diese normale Rückkopplung der Hypophyse und des Hypothalamus auf die Eierstöcke unterbrochen und die Eierstöcke, die kommen in so einer Art Dornröschenschlaf. Und sehen so nach einem halben oder einem Jahr Pilleneinnahme auch wieder gar nicht mehr so PCO-typisch aus. Und die dritte Komponente, nämlich die männlichen Geschlechtshormone, da wirkt die Pille auch gut. Die Pille führt zu einer Erhöhung eines Bindungshormons für männliche Geschlechtshormone und auch weibliche Geschlechtshormone. Und die werden dann eher gebunden und wirken nicht mehr ganz so stark. Und dann gibt es auch noch Pillenpräparate, die haben auch noch eine anti-testosteron-androgenartige Wirkung, also gegen das männliche Geschlechtshormon, und die wirken sogar noch besser. Das heißt, die männliche und häufig ja auch durch das Aussehen beeinflussende, auch die Psyche beeinflussende, insgesamt den Körper belastende Situation, die wird auch positiv verbessert.

Also, weil Frauenärztinnen wissen oder wussten, Pille ist eine gute Therapie der Symptome des PCO-Syndroms, haben die gedacht, das muss gegeben werden. Und jetzt könntest du mich fragen, warum sag ich das so vorsichtig? Ich finde, es ist nämlich nicht so. Ich finde, das P.C.O. Syndrom ist keine gynäkologische Erkrankung und das, was wir, womit wir das P.C.O. Syndrom definieren, das sind nur die Symptome, aber nicht die Erkrankung selbst. Die Erkrankung selbst ist metabolisch, der Stoffwechsel, deswegen müssen wir, genau deswegen müssen wir dort ansetzen, wir müssen an den Lebensbedingungen ansetzen, wir müssen erklären, die Bedingungen sind bei ihnen so, das ist wie so eine Eigenschaft, die sie mitbringen. Und an diesen Eigenschaften müssen wir, müssen wir sie stark machen mit Hilfe der Ärztinnen und Ärzte, dass sie darin arbeiten können. Und das konnten die Frauen nicht, die wussten ja nicht mehr, dass sie das PCO-Syndrom haben, die haben die Pille genommen, haben die Pille abgesetzt und dann kam alles wieder. Ja. Dann kam der Zyklus, die Zyklusunregelmäßigkeit wieder, die männlichen Geschlechtshormone und letztendlich

auch die Belastung für die Psyche und die, ja den ganzen Körper und die langfristigen Probleme.

Ja, ich glaube so ist es heutzutage auch noch häufig, dass viele junge Mädchen und Frauen jahrelang die Pille genommen haben und unter Einnahme der Pille keine Beschwerden hatten. Und dann setzen sie die Pille ab und dann tauchen plötzlich allerlei Beschwerden auf. Und dann kommt es im Verlauf eben manchmal zu dieser Diagnose. Und es war eigentlich vorher nie bekannt.

An der Stelle jetzt passt, finde ich, auch sehr gut eine Frage, die aus meiner Community bei Instagram gekommen ist, nämlich: Muss ich die Pille nehmen, wenn ich ein PCO-Syndrom habe? Und wenn man die jetzt zugehört hat, dann kann man das eigentlich schon selber beantworten. Nein, man muss sie nicht unbedingt nehmen. Es gibt auch andere Möglichkeiten, das zu behandeln. Aber es kann in bestimmten Situationen möglicherweise von Vorteil sein.

Genau so würde ich das auch sagen. Also die Pille ist eine leichte Form der Therapie und die kann die Symptome lindern. Aber sie ist keine Standardlösung mehr.

Ich hatte eingangs erwähnt, ein Großteil der Patientinnen in der Kinderwunschsprechstunde hat ein PCOS. Aber nicht alle Frauen mit einem PCO haben auch unerfüllten Kinderwunsch. Bei einigen klappt das ja auch ganz easy. Wenn ich jetzt als Frau die Diagnose eines PCOS habe, wie stehen denn dann eigentlich meine Chancen, dass ich ohne Hilfe schwanger werde?

Das ist auch eine schwere Frage. Ich würde sagen, dass PCO-Syndrom natürlich schon die Chancen beeinflusst, ne? Frauen, die seltener ovulieren, können weniger gut sich auf ihren Zyklus verlassen und können einfach weniger schnell schwanger werden. Aber wenn eine Ovulation kommt, dann ist es erstmal so, dass Frauen mit PCO-Syndrom, wie alle anderen Frauen auch, gut schwanger werden können, außer es kommt noch irgendwas dazu, z.B. die Beeinträchtigung der Spermienbildung beim Mann oder die Eileiterdurchgängigkeit. Das ist dann wie sonst auch. Ja.

Und das bedeutet, wenn Frauen zwar wissen, dass sie das P.C.O.-Syndrom haben, aber es geschafft haben, zum Beispiel durch Veränderungen ihres Lebens den Zyklus so zu

regulieren, dass er recht regelmäßig kommt und auch für sie kalkulierbar ist, dann haben die primär erst mal gute Chancen, schwanger zu werden.

Würde ich genauso auch bestätigen. Und ich denke aber auch, wenn man jetzt weiß, dass man ein P.C.O.-Syndrom hat, und man dann merkt, irgendwie klappt das nicht so richtig mit natürlich schwanger werden, dann würde ich mich vielleicht doch 'n Ticken eher mal in der Kinderwunschsprechstunde oder bei Reproduktionsmedizinern vorstellen, als wenn man jetzt von dieser Diagnose erst mal nichts weiß, weil dann ist es natürlich ein bisschen wahrscheinlicher, dass es damit irgendwas zu tun haben könnte.

Und an der Stelle ist das PCO-Syndrom dann auch wieder ein kleiner Vorteil, denn die Frauen haben ja eine gute Eierstocksreserve. Es ist leider auch ein kleiner Nachteil, denn Frauen mit PCO-Syndrom haben eher auch ein bisschen höhere Risiken. Zum Beispiel, wenn es dann wirklich in Richtung Kinderwunschbehandlung geht, kann es auch mal dazu kommen, dass zu viel Follikel wachsen und das wiederum mit einem gewissen Risiko für die Gesundheit der Frau verbunden ist.

Wenn es jetzt nicht von ganz alleine klappt, was wären dann deine ersten Steps in der Kinderwunschbehandlung bei einem PCOS?

Ja, eigentlich so wie auch ohne Kinderwunsch erst mal versuchen, das zu verstehen, was bedeutet das PCO-Syndrom, dann zu überlegen, wie kann ich mein Leben vielleicht ein bisschen umstellen, dass ich besser mit dieser Vorbedingung, die mein Körper mitbringt, umgehen kann. Und dann würden die Ärzte wahrscheinlich relativ offen sagen, „Och, wir wissen schon, welche Medikamente sie brauchen, damit sie einen regelmäßigen Zyklus haben. Die können wir ihnen unkompliziert und mit wenig Risiken geben." Ich würde auch sagen, dass wir, so wie du das eben gesagt hast, dass wir eher schon auch nach Begleitfaktoren gucken. Sind die Eileiter offen? Sind die Spermien des Partners in Ordnung? Und wenn da was rauskommt, dann würden wir vielleicht auch eher in die Richtung, dann vielleicht ein bisschen schneller unterstützen, damit der Zeitraum nicht so lang wird, bis die Schwangerschaft eintritt.

Aber wir können festhalten, sagen wir, diese Begleitfaktoren, also Ursachen, warum man auch möglicherweise nicht schwanger werden kann, die sind alle an, also andere Ursachen als das P.C.O.-Syndrom, die sind alle ausgeschlossen, dann braucht man eigentlich in der Kinderwunschbehandlung zumeist, sage ich mal in Anführungsstrichen, „nur" eine Optimierung des Zyklus oder eine hormonelle Stimulation, die diesen Zyklus

normal macht. Und dann kann man immer noch mit Sex zu Hause natürlich schwanger werden.

Ja, genau, ganz schön und ganz unkompliziert. Also vereinfacht gesagt, man braucht deswegen nicht gleich eine künstliche Befruchtung. Nee, auf keinen Fall. Deswegen versuch ich auch zu sagen, das P.C.O.-Syndrom per se macht eigentlich nicht infertil, es macht nur eine Zyklusstörung. Und die wiederum natürlich führt möglicherweise dazu, dass kein Eisprung da ist und wenn man keinen Eisprung hat, dann kann man natürlich auch nicht schwanger werden. Ja, die verlängert das Intervall bis eine Schwangerschaft eintritt, weil so selten Eisprünge sind bei Zyklusstörungen. Aber ansonsten ist es erstmal noch nicht automatisch eine Infertilität.

Was wir leider auch noch sagen müssen, ist für die Frauen mit P.C.O.-Syndrom und auch Insulinresistenz gibt es mehr Risiken in der Schwangerschaft. Deswegen würde ich auch sagen, und das haben wir auch noch mal schön zusammengestellt in der Leitlinie, dass die Frauen aufgeklärt in die Schwangerschaft gehen sollten, dass man vor der Schwangerschaft Faktoren des Lebens optimieren sollte, unter anderem auch Gewicht, wenn es erhöht war, und dass sie gut in der Schwangerschaft kontrolliert werden sollen. Das ist eine der wichtigsten Risiken, die bei PCO-Syndrom dann im Verlauf auftreten, ist z.B. auch eine Zuckerstoffwechselstörung, die sich dann in der Schwangerschaft manifestiert, der Schwangerschaftsdiabetes.

Ja, wichtig, dass du das noch mal angesprochen hast, weil man daran auch noch mal sieht, es bedarf nicht nur der Kinderwunschbehandlung, sondern auch alles, was danach dann kommt, wenn es geklappt hat.

Ja, und jetzt könnten wir noch weitermachen. Wir müssten jetzt theoretisch auch noch über die nächste Generation sprechen, denn die Töchter von den Frauen mit PCO-Syndrom bekommen auch über überdurchschnittlich häufig wieder ein PCO-Syndrom. Das heißt, an der Stelle ist die Diagnose eines PCO-Syndroms bei einer Frau auch schon gleich für die nächste Generation relevant. Das hat auch schon Auswirkungen. Weil es einfach so ein bisschen in den Genen liegt, ne? Und man so eine genetische, wir sagen dazu Prädisposition hat, dass man daran erkranken kann.

Ja, und Teile davon kann man verbessern, wenn man zum Beispiel gesund in die Schwangerschaft reingeht, dann hat das Mädchen, was dann entsteht in der Schwangerschaft bessere Chancen, kein PCO-Syndrom zu bekommen, wenn kein

Gestationsdiabetes da war, wenn kein Übergewicht da war und wenn das normal am Termin geboren wird, als wenn Komplikationen auftreten.

Ja, sehr wichtig, dass du das noch mal erwähnst, weil daran können wir sehen, dass wir unserem Nachwuchs auch in der Schwangerschaft quasi schon ganz viel mitgeben können. Total. Vielleicht können wir an der Stelle auch noch mal erwähnen, dass auch für die Zeit nach einer Schwangerschaft es ganz wichtig ist, dass man bei einem P.C.O. Syndrom so ein bisschen die eigene Gesundheit im Blick hat. Du hast ja auch gesagt, das ist jetzt nicht unbedingt eine gynäkologische Erkrankung oder Diagnose, sondern eher eine Stoffwechselerkrankung und deswegen meiner Meinung nach auch vielmehr noch die Hausärzte oder Allgemeinärzte vielleicht mal mit ins Boot geholt werden sollten, denn man weiß ja auch, dass man ein leicht erhöhtes kardiovaskuläres Risiko hat und an der Stelle zum Beispiel auch regelmäßig der Blutdruck kontrolliert werden sollte.

Wir denken im Moment sehr darüber nach, dass wir die Beratung vor Schwangerschaften etablieren sollten und dass sie irgendwie standardisiert auch durchgeführt werden sollte in Deutschland. Das ist leider noch in weiter Ferne, aber trotzdem ist das ein wichtiger Gedanke. Präkonzeptionell, also vor einer Schwangerschaft beraten und nach der Schwangerschaft ist auch genauso wichtig, also aus der Schwangerschaft können wir für die langfristige Gesundheit von Frauen was lernen. Und da ist das PCO-Syndrom ein total gutes Beispiel. Es gibt viele Erkrankungen, die Frauen mit nicht gut balanciertem PCO-Syndrom später bekommen können. Das sind gynäkologische Erkrankungen, zum Beispiel auch vermehrt Krebserkrankungen. Da muss man auch „g" im Kopf behalten, zum Beispiel von der Gebärmutter. Und wenn man aber das PCO-Syndrom im Leben gut berücksichtigt, dann sinkt das Risiko wieder.

So, ich glaube, so langsam sind wir jetzt am Ende, liebe Maren. Aber zuallerletzt in der Kinderwunschsprechstunde gibt es immer noch mal ein paar kurze Fragen aus der Community und die würde ich dir gerne einmal stellen.

Kann das PCO-Syndrom schuld an meinen Stimmungsschwankungen sein?

Ich wollte ganz kurz antworten, aber das geht gar nicht so richtig, weil ja, kann… Also hormonelle Schwankungen gibt es beim PCO-Syndrom, die Disbalance macht, was und letztendlich auch die Auswirkungen auf die Haut, auf den Körper baut. Die schwächen einen natürlich psychisch und das kann schon sein, dass das damit zusammenhängt.

Eine weitere Frage war, Ist die Eizellqualität beim PCOS verschlechtert?

Wow, spannend und schlau. Nee, ich glaube, wenn wirklich ein Follikel durchkommt. Ich hatte ja vorhin erzählt, dass der dominante Follikel sich auch schon so bewiesen hat, dass er wirklich gut reagieren kann und so, dann ist das eigentlich nicht unbedingt schlechter.

Aber was wir sehen ist, wenn wir stimulieren müssen im Rahmen von Kinderwunschbehandlung, dann ist es tatsächlich so, dass Eizellqualität bei Frauen mit PCO-Syndrom möglicherweise, wenn man alle Eizellen so anguckt, durchschnittlich schon schlechter wäre. Und was man auch sagen könnte, wäre, dass vielleicht auch die Befruchtungsraten, je mehr Eizellen wachsen, im Rahmen der Stimulation nicht ganz so hoch sind. Aber ob das jetzt wirklich mit PCO-Syndrom zu tun hat oder mit dem Funktionszustand der Eierstöcke, das kann ich gar nicht so genau beantworten. Aber wir könnten es verbessern. Ansätze gibt es.

Und die allerletzte Frage war folgende, da hat mir eine Followerin mein Instagram geschrieben, ich habe mich immer gesund ernährt und sehr viel Sport gemacht und habe trotzdem ein PCO-Syndrom. Was ist die Ursache dafür?

Das ist, find ich, eine sehr gute Frage, weil wir auf die Ursachen gar nicht so explizit eingegangen sind. Vielleicht kannst du das an der Stelle noch mal zusammenfassen.

Ja, wir denken, dass das P.C.O. Syndrom, weil das eben so ein riesen Bereich ist, in dem ganz viele Dinge reinkommen, einmal genetisch Ursachen hat. Es gibt einige Studien, die zeigen, dass es wirklich ganz gute familiäre genetische Erkrankung gibt, die sich dann so weitergeben über die Generation. Das ist aber sehr selten. Es gibt die Situation, dass in der Schwangerschaft der Mutter bei dem Mädchen dann gebahnt wird das PCO-Syndrom entsteht. Das ist so quasi so eine aufgepfropfte Genetik, nicht was ursprünglich in den Genen war, sondern was so dazukommt. Das ist eine Ursache. Dann gibt es viele Faktoren, die was mit Lebensbedingungen zu tun haben in der frühen Kindheit, in der Jugend, mit, vor allem mit Gewicht und Bewegung. Und dann gibt es einfach auch Bedingungen, die uns mit, also die da sind, die das PCO-Syndrom entstehen lassen. Und das geht in Richtung meiner Antwort auf die nette Frage und die auch einen gewissen Leidensdruck für mich zeigt. Mit Selbstwirksamkeit, mit

vernünftigem Umgehen mit dem eigenen Körper kann man viel ausgleichen, aber nicht alles.

Wenn diese Frau, die die Frage gestellt hat, mir die persönlich stellen würde, dann würde ich sagen, Mensch, PCO-Syndrom, das ist nicht schlimm. Wenn wir das schaffen, Ihre Symptome ein bisschen auszugleichen, dann ist das, dann können Sie eigentlich stolz sein, dass Sie das PCO-Syndrom als Grundbedingung haben. Und Sie müssen deswegen nicht traurig sein. Es ist eigentlich erst mal eine gute Vorbedingung und keine Krankheit.

Ich würde sagen, das waren sehr schöne positive Worte zum Schluss. Ich möchte mich noch mal bei dir bedanken Maren für dein ganzes Wissen, was du mit uns geteilt hast. Auch ich konnte noch ein bisschen mehr lernen. Ja, und ich glaube unsere Zuhörerinnen, die haben wahnsinnig viel mitgenommen, auch wahnsinnig viele Infos, die man nicht mal eben irgendwo nachlesen kann. Vielen Dank für deine Zeit und bei unseren Zuhörerinnen verabschiede ich mich und sage bis zum nächsten Mal in der Kinderwunschsprechstunde.

Das war die Kinderwunschsprechstunde von dm-Glückskind. Hat euch die Folge gefallen? Dann abonniert doch den Podcast und lasst uns gern eine Bewertung da oder schreibt eure Fragen an podcast@glueckskind.de. Glückskind unbedingt mit ue. Kinderwunschsprechstunde ist ein Podcast von dm-Glückskind in Zusammenarbeit mit MentalStark, produziert von Mit Vergnügen.