

FAQ Wir wollen bei einer Patientin einen Hormonstatus bestimmen. Gibt es dabei etwas zu beachten?

Je nach Fragestellung gibt es verschiedene optimale Abnahmezeitpunkte:

Frühzyklisch

3.-5. Zyklustag

- › Kinderwunsch
- › Status Menopause/vorz. Klimakterium
- › Oligomenorrhoe
- › Verdacht auf Hyperandrogenämie
- › Hirsutismus, Haarausfall
- › Verdacht auf PCOS

Mittzyklisch

14. Zyklustag unter der Annahme eines 28-Tage-Zyklus

- › Zylusmonitoring bei Kinderwunsch
- › Bestimmung Ovulationszeitpunkt

Mittluteal

21. Zyklustag bzw. bei verlängertem Zyklus 7 Tage vor erwarteter Regelblutung

- › Kinderwunsch, Beurteilung der Lutealphase
- › Frage nach Lutealphaseninsuffizienz
- › Ursache verkürzte Zyklen
- › Schmierblutungen

Bestimmung Androgene

- › frühzyklisch (3.–5. Zyklustag) in ovarieller Funktionsruhe bzw. ohne relevante Östrogenisierung
- › optimalerweise früh

valide Beurteilung des HOMA-Index (Nüchtern-BZ [GlucoExact] und Insulin)

- › Blutentnahme **nüchtern** nach 8–12 Stunden Nahrungskarenz

Beurteilung Hormonstatus

- › Beurteilung des Hormonstatus unter Pilleneinnahme nicht valide möglich
- › Kontrolle ggf. im pillenfreien Intervall nach frühestens 4 Wochen empfohlen

Hierfür benötigen wir folgende Angaben:

- › **Körpergröße und Körpergewicht**
- › **letzte Regel/Zyklustag**
- › **Medikamenteneinnahme**
- › **klin. Angaben/Diagnose/Fragestellung**

Gern unterstützen wir Sie in der Hormonbeurteilung. Wir empfehlen dazu die Nutzung unseres Gyn-Endoscheins ↑.



Laborparameter im Fokus

INHIBIN B

Inhibin B wird sowohl in den Sertolizellen der Hoden als auch in den Granulosazellen des Ovars produziert und bewirkt eine Hemmung von FSH.

Da Inhibin B signifikant mit der Spermienzahl korreliert, stellt es einen guten Indikator der Spermatogenese dar. Außerdem eignet es sich zur Beurteilung der ovariellen Funktion bei Kinderwunschplanung oder bei Verdacht auf eine vorzeitige ovarielle

Erschöpfung. Eine weitere Indikation besteht bei Verdacht auf adulte Granulosazelltumore. Da es eine ausgeprägte Tagesrhythmik (Maximum in den frühen Morgenstunden) besitzt, sollte die Blutentnahme immer optimalerweise vormittags und zur gleichen Zeit erfolgen. Außerdem ist es nur frühfollikulär aussagekräftig. Postovulatorisch kommt es zu einem deutlichen Abfall bis teilweise unter die Nachweisgrenze.

Quellen: Ludwig, M. (2013). Gynäkol. Endokrinologie (2. akt. Auflage). Optimist Niederau, C. & Böhm B.O. (2021). Klinikleitfaden Labordiagnostik (7. Auflage). Urban & Fischer

Fertilität, Kontrazeption und Fertilitätsprotektion bei Transpersonen

Unter gegengeschlechtlicher Therapie (GAHT), insbesondere unter Testosteronsubstitution ist eine natürliche Konzeption (Gefahr der Virilisierung weiblicher Embryonen) kontraindiziert, sodass das Thema der Kontrazeption je nach Partnerkonstellation durchaus einen hohen Stellenwert einnimmt.

Gerade bei TransMännern ist neben dem kontrazeptiven Effekt dabei die Unterdrückung der Menstruationsblutung vordergründig.

Aber auch die Aufklärung zum Fertilitätsverlust sollte bei steigender Prävalenz von Transpersonen im reproduktiven Alter (in Deutschland aktuell 17–33 pro 100.000 Personen) nicht außer Acht gelassen werden, da jede hormonan-

gleichende Therapie zu einer Einschränkung der Fertilität führen kann. Dieser Effekt wurde vor allem für TransFrauen (♂ → ♀) und somit für die Spermatogenese mit Abnahme der Konzentration und Motilität der Spermien belegt. Bei TransMännern (♀ → ♂) zeigte sich überwiegend keine Beeinträchtigung der Ovarreserve. Nur in wenigen Studien fand sich eine Verringerung des AMH-Wertes (direkte Korrelation zwischen verminderter Ovarreserve und AMH-Abfall).

Zur Fertilitätsprotektion stehen die Kryokonservierung von Oozyten/Embryonen/Ovargewebe bzw. von Spermien/Hodengewebe zur Verfügung. Für diese Optionen entschied sich nach vorangegangener Aufklärung bis zu jeder 4. TransMann und laut einer schwedischen retrospektiven Studie sogar 75% der eingeschlossenen TransFrauen.

Quelle:
Deutsches Ärzteblatt,
Jg 120, Heft 14,
7. April 2023

UPDATE

Diagnostik und Behandlung des Syndroms polyzystischer Ovarien (PCOS) in der Adoleszenz

Das PCOS im Jugendalter unterscheidet sich sowohl in der Diagnostik als auch der Therapie vom PCOS bei Erwachsenen. Liegen klinisch oder laborchemisch eine Hyperandrogenämie und Zyklusstörungen vor, kann man laut Empfehlung der European Society for paediatric Endocrinology (ESPE) aus 2017 frühestens 2 Jahre nach der Menarche diese Diagnose stellen. Eine Oligomenorrhoe kann bis zu 5 Jahre nach der Menarche physiologisch sein.

Außerdem sollten Differentialdiagnosen der Hyperandrogenämie (Nebennierenrindentumor, Enzymdefekte wie z. B. beim Late-onset AGS) und andere Ursachen für Zyklusstörungen (Hypothyreose, Hyperprolaktinämie u. a.) ausgeschlossen werden. Hierfür empfiehlt sich die frühzyklische Bestimmung von 17-OH-Progesteron, Prolaktin, TSH, IGF-1, ggf. die Bestimmung von Beta-hCG

sowie die Messung von Cortisol im 24-h-Urin oder ein Dexamethason-Hemmtest. Die sonographischen Rotterdam-Kriterien polyzystischer Ovarien sollten jedoch im Jugendalter nicht angewandt werden. Auch Jugendliche scheinen erhöhte AMH-Werte aufzuweisen. Die Therapie der Wahl besteht in einer Lebensstilmodifikation mit Übergewichtsreduktion durch Sport und Verbesserung des Essverhaltens. Zusätzlich sollte bei jedem Mädchen mit PCOS ein kardiovaskuläres Risikoprofil erfasst werden. Metformin wird bei einem assoziierten Diabetes mellitus Typ 2 eingesetzt. Dies ist jedoch eine off-label Nutzung und bedarf der Aufklärung.

Die Verwendung von (antiandrogenen) Östrogen/Gestagen-Präparaten wird nicht als Erstlinientherapie empfohlen.

Quelle:
Gynäkologische
Endokrinologie 1
2023