

Kasuistik prämatüre Ovarialinsuffizienz (POI)

Mit dieser Laborinformation möchten wir Sie über die prämatüre Ovarialinsuffizienz (POI) informieren. Wir möchten Ihnen dazu einen interessanten und zugleich repräsentativen Fall aus dem Bereich der gynäkologischen Endokrinologie vorstellen.

Die **prämatüre Ovarialinsuffizienz** betrifft 1-3,5% der Frauen < 40 Jahren in Deutschland, z.T. bereits im Jugendalter und hat erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität sowie die reproduktive Gesundheit und Morbidität der Betroffenen. Die **frühzeitige Erkennung** ist hier der **wichtigste Schritt** zur **lebenslangen adäquaten Behandlung und Begleitung**. Die POI ist somit nicht nur Nebendiagnose, sondern häufig aufgrund ihrer systemischen Auswirkungen auch **fachübergreifend relevant**.

Die heutige Kasuistik soll Ihnen hier einen kompakten Einblick in die Diagnostik und Therapie Betroffener geben.

Kasuistik Prämatüre Ovarialinsuffizienz

- 33-jährige Patientin
- Sekundäre Amenorrhoe (LR: 10/2024)
- BMI 21,7kg/m² Normalgewicht (Gewichtsreduktion um 23kg)
- Keine Medikation

Luteotropes Hormon	36.86	IU/l	2.12 - 10.89
Follikelstimulierendes Hormon	77.25	IU/l	3.85 - 8.78
17β-Östradiol	33.2	pg/ml	22.4 - 115.0
Prolaktin	6.84	ng/ml	3.34 - 26.72
Gesamt Testosteron	<0.10	ng/ml	≤ 0.75
Sexualhormonbindendes Globulin	59.7	nmol/l	18.2 - 135.5
Gesamt Testosteron/SHBG-Quotient (freier Androgen-Index)	Nicht berech		0.65 - 10.93
DHEAS	18	µg/dl	23 - 266
Androstendion	0.399	ng/ml	
Thyreotropes Hormon (TSH)	2.052	µU/ml	0.400 - 4.000

Diagnose:

Prämatüre Ovarialinsuffizienz (POI), Peri-/Postmenopause, V.a. NNR-Insuffizienz, Androgenmangel, Normoprolaktinämie, Ausschluss Dysthyreose

Befunderläuterung:

Frühfollikulärer Estradiolspiegel mit stark erhöhten Gonadotropinspiegeln entsprechend einer prämaturen Ovarialinsuffizienz. Aktuell noch ausreichende Osteoprotektion.

Die adrenal-ovariellen Androgenspiegel sind sämtlich niedrig bzw. liegen unter der laborchemischen Nachweisgrenze. So denn keine Corticoid-Medikation vorliegt (oder abgesetzt wurde), besteht der V.a. eine NNR-Insuffizienz.

Die SHBG-Sekretion der Leber ist angemessen, die Testosteronbioverfügbarkeit ist supprimiert. Für eine Dysthyreose und eine Hyperprolaktinämie gibt es keinen Anhalt.

Mögliche Ursachen für eine POI:

Operation, Endometriose, Radiatio, CHT, numerische oder strukturelle Chromosomenstörungen, immunologische Vorgänge, selten auch eine Mumps-Oophoritis

Empfehlung zur erweiterten Diagnostik:

Zur Erfassung der verbleibenden ovariellen Reserve: **AMH-Bestimmung**.

Stand: 08/2025

LI-FA-122-V1



Praxis für Labormedizin und Mikrobiologie

Labor Bochum:
Universitätsstr. 62
44789 Bochum

Labor Wuppertal:
Carnaper Str. 73-75
42283 Wuppertal

Labor Reichshof:
Albert-Einstein-Str. 13
51580 Reichshof

Z.A. immunologisch assoziierter Pathologien: **TSH** (hier bereits erfolgt), **Cortisol** 8Uhr (z.A. einer NNR-Insuffizienz; 10% der POI-Patientinnen entwickeln einen M.Addison), oGTT oder Nüchtern-BZ +Insulin-basal+ **HOMA-Index**-Bestimmung, **HbA1c** (z.A. Diabetes mellitus, Prävalenz bei POI 2,5%).

Bei entsprechender Klinik eines autoimmun polyglandulären Syndroms zusätzlich:

Parathormon, Vitamin D, und Calcium (Hyperparathyreoidismus); BB, Folsäure, Eisen, Ferritin+CRP, Vitamin B12, Ak gg. Parietalzellen, intrinsic factor (perniziöse Anämie); IgA-Transglutaminase-Ak (Zöliakie)

Chromosomenanalyse (Karyogramm, FMR1-Prämutation: Fragiles X; männliche Nachkommen → geistige Retardierung) z.A. numerischer oder struktureller Chromosomenstörungen ist grundsätzlich und v.a. bei noch nicht abgeschlossener Familienplanung anzuraten, v.a. bei familiärer Häufung von POI-Fällen.

Therapie-Empfehlung:

Bei nicht abgeschlossener Familienplanung: Monitoring spontaner, sporadischer Follikelreifungen. Vereinzelte Ovulationen mit nachfolgender Schwangerschaft sind möglich, eine reproduktionsmedizinische Behandlung mit ovarieller Stimulation ist auf der Basis der aktuellen Gonadotropin-Spiegel jedoch nicht durchführbar.

Kontrazeption: **Estradiol-haltige** KOK ohne antiandrogene Gestagenkomponente oder ein 52mg IUS+Estradiol transdermal

Behandlung einer Androgenmangel-bedingten Libidostörung (nach abgeschlossener NNR-Diagnostik): transdermales Testosteron 0,2%-0,3% (2-3mg/Hub; Auftrag Unterschenkel) in off-label-Verordnung (liposomale Apothekenherstellung)

Behandlung der mittelfristig zu erwartenden Östrogenmangelsituation unter Berücksichtigung des Risikoprofils der Patientin: HRT (mind. bis zum 50. LJ) (bei Kinderwunsch: Estradiol/Progesteron oder Dydrogesteron machen keine Ovulationshemmung).

Sedierende Einschlafunterstützung:100mg Progesteron oral z.N.

Bei KI gegen eine HRT zur Reduktion moderater bis schwerer vasomotorischer Beschwerden: das hormonfreie Fezolinetant (Veoza®: Neurokinin 3-Rezeptorantagonist; cave: keine Osteoprotektion, Leberwertkontrollen erforderlich, CYP1A2-abhängige Arzneimittel-WW).

Osteologische Basisdiagnostik mit Knochendichtemessung (DXA), v.a. wenn zusätzliche Risikofaktoren für eine Osteoporose vorliegen (Medikationen wie Cortison, auch Clobetasol topisch, Pantoprazol, Antiepileptika, Antidepressiva; Diabetes mellitus, Untergewicht, COPD, Rauchen).

Vitamin D3-Supplementation

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Laborteam

Literatur:

- Global Consensus Position Statement on the use of Testosterone Therapy for Women. J Clin Endocrinol Metab 104:4660-4666,2019

Stand: 08/2025

LI-FA-122-V1



Praxis für Labormedizin und Mikrobiologie

Labor Bochum:
Universitätsstr. 62
44789 Bochum

Labor Wuppertal:
Carnaper Str. 73-75
42283 Wuppertal

Labor Reichshof:
Albert-Einstein-Str. 13
51580 Reichshof