

ZUSAMMENFASSUNG

Fortbildung Sterilitätsmedizin

Dortmund, 14. November 2018

Hauptthema

„Nebenniere für Gynäkologen“

(Referentin: Dr. Catharina Bullmann, amedes MVZ Hamburg)

- Bei adrenalen Tumoren sind LH und FSH niedrig bis supprimiert.
- Häufig sind basal mehrere adrenale Androgene deutlich erhöht nachzuweisen – dies kann aber nicht zur sicheren Differenzierung herangezogen werden.
- Nach den begleitenden Symptomen eines Hypercortisolismus sollte geforscht werden (Hypertonie, Gewicht, Hauterscheinungen, Diabetes mellitus, Osteoporose).
- Der Dexamethason-Hemmtest erlaubt eine sichere Differenzierung bei adrener Hyperandrogenämie.
- Bei fehlender Suppression im Dexamethason-Hemmtest ist eine Bildgebung der Nebenniere (CT/evtl. MRT) erforderlich.
- Androgen-produzierende Nebennierentumore sind in der Regel groß (im Gegensatz zu ovariellen Androgen-produzierenden Tumoren).

Formen des 21-Hydroxylasmangels

- Klassisches AGS mit Salzverlust
 - Synthese von Cortisol und Aldosteron beeinträchtigt
- Klassisches AGS ohne Salzverlust
 - Synthese von Cortisol beeinträchtigt
- Nicht klassisches AGS (late onset)
 - Cortisolsynthese meist nicht beeinträchtigt
 - Hyperandrogenämie
 - Sehr variables klinisches Erscheinungsbild

Therapie des nicht klassischen AGS

- Keine Substitutionstherapie
- Frauen, selten Männer mit Hyperandrogenismus
- Therapieziel:
 - 1. Zyklusnormalisierung/Symptomlinderung bei Hyperandrogenismus:
 - Antiandrogener Ovulationshemmer
 - 2. Verbesserung der Fertilität bei Kinderwunsch:
 - Inhibition der ACTH vermittelten Hyperandrogenämie durch Gabe von Steroiden
 - Hydrocortison in einer Dosierung zwischen 10-15 mg/d, alternativ Dexamethason 0,125-0,25 mg am Abend (geringstmögliche Dosis)
 - Die Therapie bei Kinderwunsch → SS richtet sich nach dem möglichen Trägerstatus des Partners

Prolaktinome – Therapiekontrollen

- Dopaminagonistische Therapie
 - Cabergolin, Bromocriptin, Quinagolid
- Prolaktinkontrolle 4 Wochen nach Therapiebeginn
- Therapieziel: Normoprolaktinämie, Behebung des Hypogonadismus/der Galaktorrhoe
- Nach 12 Monaten kernspintomographische Kontrolle/ Makroprolaktinome nach 3 Monaten
- Nach 2 Jahren Dosisreduktion / evtl. Auslassversuch möglich

Datum der nächsten Fortbildung (01/2019): Mittwoch, 06. März 2019, 19:00 Uhr

STERILITÄTSMEDIZINISCHE FORTBILDUNG

Ort: Radisson Blu Dortmund, An der Buschmühle 1, 44139 Dortmund

Hauptthema

Toxoplasmose für Frauenärztinnen und Frauenärzte

Referent:

Prof. Dr. Uwe Groß, Institut für Medizinische Mikrobiologie, Universität Göttingen
Leiter des Konsillaboratoriums für Toxoplasma
berichtet über Toxoplasmose – ein Parasit, dessen Strategie und die Antwort darauf.