

JOURNAL FÜR FERTILITÄT UND REPRODUKTION

Für Sie gelesen

*Journal für Fertilität und Reproduktion 2005; 15 (1) (Ausgabe
für Österreich), 27-28*

Homepage:

www.kup.at/fertilitaet

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR IN-VITRO-FERTILISIERUNG, ASSISTIERTE REPRODUKTION UND KONTRAZEPTION

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



FÜR SIE GELESEN

HUMANES REKOMBINANTES FSH IM VERGLEICH MIT HUMANEM MENOPAUSEN-GONADOTROPIN – ZUSAMMENFASSUNG UND EXPERTENKOMMENTAR

Ludwig M et al. Wirksamkeit von rekombinatem humanem FSH im Vergleich zu urinärem hMG nach Downregulation im langen Protokoll – eine Analyse von 24.764 ART-Zyklen in Deutschland. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2004; 2: 284–8.

Zusammenfassung:
Dr. Norbert Hasenöhl

In einer Metaanalyse aus dem Jahr 1995 war die Monotherapie mit follikelstimulierendem Hormon (FSH) urinären Ursprungs bei der In-vitro-Fertilisation (IVF) einer fixen Kombination mit FSH- und LH-Aktivität (Menotropin) hinsichtlich der Schwangerschaftsrate überlegen. Eine zweite Metaanalyse mit 3.400 Patientinnen zeigte, daß rekombinantes FSH wiederum dem urinären FSH überlegen ist und zwar hinsichtlich Schwangerschaftsrate, Behandlungsdauer und Gesamtdosis.

Eine kürzlich publizierte Metaanalyse kam zu dem Schluß, daß bei IVF-Behandlungen mit und ohne Downregulation im kurzen und im langen Protokoll kein Unterschied zwischen rekombinatem humanem FSH (r-hFSH) und urinärem humanem Menopausen-Gonadotropin (u-hMG) bestehe. Die Fallzahlen in dieser Metaanalyse waren jedoch viel zu klein, um eine wissenschaftlich fundierte Aussage zu ermöglichen. In der vorliegenden Publikation von M. Ludwig und Mitarbeitern wurden die Daten von 24.764 Behandlungszyklen erfaßt. In allen Fällen war eine Downregulation nach dem langen Protokoll erfolgt und dann entweder

r-hFSH oder u-hMG jeweils alleine zur ovariellen Stimulation gegeben worden. Die Hauptzielparameter waren die Lebendgeburtenrate, sowie der Substanzverbrauch pro Zyklus, pro Schwangerschaft und pro Lebendgeburt.

Ergebnisse

Von den insgesamt erfaßten 56.589 Behandlungszyklen waren 54.487 aus 74 Zentren bei 37.991 Frauen vollständig dokumentiert (1,4 Zyklen pro Frau). 74,6% davon waren entweder nur mit r-hFSH oder nur mit u-hMG stimuliert, und davon wiederum 60,9% – 24.764 Zyklen – mit Agonisten im langen Protokoll downreguliert worden. Von diesen 24.764 Zyklen, auf denen die vorliegende Datenauswertung beruht, wurden 19.008 (76,8%) mit r-hFSH und 5.756 (23,2%) mit u-hMG stimuliert. Das Durchschnittsalter betrug in der FSH-Gruppe 32,6, in der hMG-Gruppe 33,4 Jahre.

Die Rate an Lebendgeburten betrug unter r-hFSH 16,9%, unter u-hMG 14,5%. Somit bestand eine absolute Differenz von 2,4%, eine relative Differenz von 16,6% zugunsten von r-hFSH. Dieser Unterschied war in der Gesamtgruppe statistisch signifikant ($p < 0,0001$), ebenso auch in den einzelnen Altersgruppen. Unter r-hFSH wurden 76,6% Einlingsgeburten, 22,4% Zwillingsgeburten und 1,0% Mehrlingsgeburten registriert, unter u-hMG 75,0%, 23,2% und 1,8%. Sowohl pro Zyklus als auch pro Schwangerschaft und pro Geburt wurden von r-hFSH weniger Ampullen verbraucht als von u-hMG, wobei dieser Unterschied für die Ampullen pro Zyklus statistisch signifikant war (31,0 vs. 37,7; relative Differenz 39,5%; $p < 0,0001$), während sich für die Zahl der Ampullen pro Schwangerschaft und pro Geburt aus methodischen Gründen keine statistische Signifikanz errechnen läßt. Auch dieses Ergebnis gilt nicht nur für die Gesamtgruppe, sondern auch für die einzelnen Altersgruppen.

Zusammenfassung

Es handelt sich hier um die größte, jemals durchgeführte Erhebung zum Vergleich zweier IVF-Behandlungsstrategien unter Einbeziehung der pro Geburt benötigten Gesamt-Gonadotropindosis. Das analysierte Patientinnenkollektiv ist unselektiert und kann daher als repräsentativ für die reale Situation unter Praxisbedingungen angesehen werden. Da es sich nicht um eine randomisierte Studie handelt, können gewisse statistische Unterschiede zwischen den Kollektiven vorliegen, die jedoch nicht sehr groß sein dürften. Neben der um 16,6% höheren Geburtenrate bei um 39,5% niedrigerem Substanzverbrauch ist auch die größere Sicherheit des rekombinanten humanen FSH ins Kalkül zu ziehen.

KOMMENTAR DES EXPERTEN

Im Prinzip sind die Ergebnisse der Studie von Ludwig et al. nicht ganz neu – es gibt zu diesem Thema schon einige Studien, nur sind in der vorliegenden Arbeit die Fallzahlen deutlich höher. Deshalb wird der Unterschied zwischen den beiden Behandlungsarmen auch statistisch signifikant. Was man immer schon wußte, ist, daß man im Vergleich zu u-hMG weniger r-hFSH braucht, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Ein Vorteil des u-hMG besteht darin, daß es auch LH enthält, das manchmal sehr hilfreich für die Follikelentwicklung und die Eizellreifung ist, allerdings nicht von Anfang an. Es wäre daher interessant, in einer Studie bei Frauen den LH-Spiegel zu messen und festzustellen, ob es einen Grenzwert gibt, ab dem eine zusätzliche LH-Substitution sinnvoll wäre. Ich persönlich kombiniere gerne r-hFSH und u-hMG, eben wegen des LH-Gehalts. Wir erreichen damit eine Lebendgeburtenrate von über 20%, was doch deutlich mehr ist als die

FÜR
SIE
GELESEN

knapp 17 % in der vorliegenden Studie. Das wird aber vor allem mit den Unterschieden in der rechtlichen Situation zwischen Österreich und Deutschland zusammenhängen, die uns einfach etwas mehr Möglichkeiten geben als den Kollegen in Deutschland. Mein Fazit lautet also:

Vergleicht man die Einzelgabe von r-hFSH bzw. u-hMG, so ist das r-hFSH aufgrund der höheren Schwangerschaftsrate und des geringeren Verbrauchs eindeutig vorzuziehen. Eine Kombination aus r-hFSH und entweder u-hMG oder rekombinatem LH könnte aber zusätzliche Vorteile

bringen, über die es jedoch noch zu wenig Studiendaten gibt.

Dr. Christoph Kindermann, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderwunschzentrum, Privatklinik Goldenes Kreuz, Wien

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)