

JOURNAL FÜR FERTILITÄT UND REPRODUKTION

VILLARS-PELZER V

*Aktuelles: Orgalutran (R) bei Follikelstimulation -
Anwendungsbeobachtung (Erfahrungsbericht) aus der Schweiz und aus
Deutschland*

*Journal für Fertilität und Reproduktion 2005; 15 (2) (Ausgabe
für Schweiz), 16-20*

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



ORGALUTRAN® BEI FOLLIKELSTIMULATION – ANWENDUNGSBEOBACHTUNG (ERFAHRUNGSBERICHT) AUS DER SCHWEIZ UND AUS DEUTSCHLAND

AKTUELLES

ZUSAMMENFASSUNG

6 Zentren der Schweiz und 11 Zentren Deutschlands dokumentierten in der Zeit vom Herbst 2002 bis Herbst 2004 Patientinnen, welche monofollikulär oder multifollikulär stimuliert wurden. Die Patientinnen spritzten ein Follikel-stimulierendes Medikament (hMG, uFSH, rFSH) und Orgalutran®, um einem vorzeitigen LH-Anstieg entgegen zu wirken. Die täglich zu spritzende Follikel-stimulierende Dosis wurde vom behandelnden Arzt festgesetzt, wie auch der Zeitpunkt, zu welchem die Behandlung mit Orgalutran® begonnen wurde. Bei der Datenauswertung im Dezember 2004 waren 158 Patientinnen eingeschlossen. Davon konnten 138 Zyklen analysiert werden. 52/138 (38 %) der Zyklen resultierten in einer Schwangerschaft, welche durch positiven β -HCG-Test oder/und positive Herzaktion dokumentiert war. Die durchschnittliche Stimulationsdauer über alle Zyklen lag bei 10 Tagen. Die Behandlung mit Orgalutran® wurde nach durchschnittlich 5,6 Tagen Follikelstimulation für jeweils 5 Tage durchgeführt. In diesem Behandlungsschema – Anzahl Stimulationstage vor Orgalutran® und Anzahl Stimulationstage mit Orgalutran® – war kein Unterschied zwischen den Patientinnen, die schwanger wurden, und den Patientinnen, die nicht schwanger wurden, festzustellen. Ebenfalls war auf dieses Schema bezogen zwischen der Schweiz und Deutschland kein Unterschied festzustellen. Vergleicht man die Zyklen der Schweiz und jene von Deutschland in bezug auf das Behandlungsschema, so stellt man nur einen deutlichen Unterschied hinsichtlich der täglichen injizierten Dosis fest. Die durchschnittliche Anfangsdosis zur Follikel-Stimulation in der Schweiz lag bei 360 internationalen Einheiten (I.E.) im Vergleich zu 170 I.E. in Deutschland. Die Enddosis variierte im gleichen Rahmen, da in beiden Gruppen während der Stimulation eine durchschnittliche

Dosiserhöhung von 31 I.E. in der Schweiz resp. 36 I.E. in Deutschland stattfand ($p < 0.001$).

Das Durchschnittsalter der schwangeren Patientinnen war $32,6 \pm 4,6$ Jahre, dasjenige der nichtschwangeren Patientinnen $35,3 \pm 4,8$ Jahre. 58 % der Patientinnen, welche schwanger wurden, litten an einer primären Sterilität. Verglichen dazu litten 68 % der Nicht-Schwangeren an einer primären Sterilität. Die Ovulations-Auslösung fand in 92 % der Fälle mit HCG meist mit einer Dosis von 10.000 I.E. statt. Transferiert wurden durchschnittlich 2,3 Embryonen bei den Schwangeren, resp. 2,1 bei den Nicht-Schwangeren.

Die Schwangerschaftsrate in der Schweiz betrug 26 % im Gegensatz zu 44 % in Deutschland. Mögliche Ursachen für diesen signifikanten Unterschied: Die in der Schweiz eingeschlossenen Zyklen kamen vor allem von „Low-Respondern“, was unter anderem dazu führte, dass die Schweizer Patientinnen durchschnittlich 0,5 Zyklen mehr aufwiesen als die Deutschen. Ebenfalls wurde bei 24 % der Schweizer Patientinnen eine ovarielle Problematik angegeben. Bei deutschen Patientinnen war dies nur bei 4 % der Fall.

Die Verträglichkeit von Orgalutran® war sehr gut. Es wurden keine lokalen Nebenwirkungen beschrieben, nur eine Patientin zeigte ein (vermutetes) leichtes ovarielles Hyperstimulations-syndrom (OHSS).

EINFÜHRUNG

Orgalutran® ist ein synthetisches Dekapeptid, welches eine hohe antagonistische Aktivität gegenüber GnRH hat. Orgalutran® wurde entwickelt, um einen frühzeitigen LH-Anstieg zu unterdrücken und zwar insbesondere bei Frauen mit kontrollierter ovarieller Monostimulation für eine intrauterine Insemination (IUI)

oder mit multifollikulärer Stimulation für IVF oder ICSI. Die bisher durchgeführten Studien belegen, dass eine Dosis von 0,25 mg Orgalutran® einen frühzeitigen LH-Anstieg wirksam unterdrücken kann [1–3]. Die Studie von Borm und Maennerts [1] belegt folgendes: Der Gebrauch von Orgalutran® führt im Vergleich zur Down-Regulierung mit einem GnRH-Agonisten zu kürzeren Behandlungszeiten, d.h. kürzerer Stimulationsdauer, niedrigeren Dosen des Stimulationsmedikaments, zu schnellerem Follikelwachstum während den ersten Behandlungstagen, zu leicht kleineren Follikeln, welche leicht weniger Östradiol produzieren, zu vergleichbaren Fertilisationsraten, zu gleicher Anzahl Embryonen in guter Qualität, gleichen Implantationsraten und gleichen Schwangerschaftsraten.

ZIELE

Das primäre Ziel dieser Anwendungsbeobachtung war, die Sicherheit der Behandlung eines Follikel-stimulierenden Medikaments in Zusammenhang mit Orgalutran® zu evaluieren (OHSS), die Verträglichkeit an den Einstichstellen zu dokumentieren (lokale Reaktionen an der Einstichstelle) und die Wirksamkeit von Orgalutran®, angewandt in kleineren und grösseren Kliniken zu beurteilen, und zwar unter dem Gesichtspunkt, dass keine Auflagen hinsichtlich Behandlungsdauer und Dosierung des Medikaments gemacht wurden.

BEHANDLUNGSVORGABEN

In diesem Projekt gab es keine Richtlinien betreffend Stimulationsprotokoll. Vorgängig wurde dann auch bei keiner Patientin eine Downregulation durchgeführt, da dies unter Orgalutran® nicht mehr nötig ist. Die Ärzte wurden dazu angehalten, die verwendeten Produkte, inklusive Orgalutran®, nach den in ihren Ländern

Tabelle 1: Vergleich der anamnestischen Daten zwischen der Schweiz und Deutschland

	Durchschnitt (\pm SA)	Median	Minimalwert	Maximalwert	n
Alter (Jahre)					
CH	35,5 \pm 5,4	37	24	45	44
D	33,5 \pm 4,3	34	24	42	85
CH + D	34,2 \pm 4,8	35	24	45	135
Grösse (cm)					
CH	164,7 \pm 5,4	165	148	173	37
D	166,7 \pm 6,4	167	150	184	85
CH + D	166,1 \pm 6,2	166	148	184	122
Gewicht (kg)					
CH	64,5 \pm 11,0	64	46	92	37
D	65,6 \pm 10,8	64	45	98	85
CH + D	65,2 \pm 10,9	64	45	98	122

Tabelle 2: Vergleich der anamnestischen Daten zwischen den Schwangeren und Nicht-Schwangeren (SS = Schwangerschaft)

	Durchschnitt (\pm SA)	Median	Minimalwert	Maximalwert	n
Alter (Jahre)					
SS	32,6 \pm 4,6	33	24	41	52
Keine SS	35,3 \pm 4,8	36	24	45	86
Grösse (cm)					
SS	167 \pm 6,4	168	153	184	51
Keine SS	166 \pm 6,4	166	148	182	80
Gewicht (kg)					
SS	63,9 \pm 9,3	63	45	84	51
Keine SS	65,9 \pm 11,6	65	45	98	80

zugelassenen Indikationen und Dosierungen gemäss der in der Schweiz bzw. in Deutschland zugelassenen Fachinformation zu verwenden. Zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns wurden anamnestische Grunddaten erhoben. Während des Zyklus wurde die Dosis der verwendeten Medikamente, der Zeitpunkt der Ovulationsinduktion, der Punktion und des Transfers registriert. Zu diesem Zeitpunkt wurde auch dokumentiert, wie viele Oozyten punktiert und fertilisiert wurden, wie viele Embryonen transferiert und wie viele Pronukleide kryokonserviert wurden. Am Ende des Zyklus wurde registriert, ob eine Schwangerschaft aufgetreten ist, ob die Patientin während der Behandlung eine lokale Reaktion an der Einstichstelle zeigte, ob eine Nebenwirkung aufgetreten ist. Ebenfalls wurden Begleiterkrankungen, Begleitmedikamente und allfällige Kommentare aufgenommen. Um zudem

die Akzeptanz der Behandlung mit Orgalutran® zu evaluieren, wurden die Patientin und der behandelnde Arzt nach ihren subjektiven Eindrücken der Behandlung gefragt.

RESULTATE

Baseline-Daten

Die Beobachtung wurde in 6 Zentren in der Schweiz (CH) und in 11 Zentren in Deutschland (D) durchgeführt. Verglichen wurden Daten von Patientinnen aus der Schweiz und Deutschland, die in der Zeitspanne von Herbst 2002 bis Herbst 2004 behandelt wurden. 138 Zyklen konnten insgesamt ausgewertet werden.

Die Daten betreffend Alter, Gewicht und Grösse der Patientinnen waren zwischen der Schweiz und Deutsch-

land vergleichbar (Alter 35,5 vs. 33,5 Jahre, Grösse 164,7 vs. 166,7 cm, Gewicht 64,5 vs. 65,6 kg) (Tabelle 1). Ebenfalls konnte festgestellt werden, dass die schwangeren Patientinnen jünger waren als die nichtschwangeren Patientinnen (32,6 \pm 4,6 vs. 35,3 \pm 4,8 Jahre) (Tabelle 2).

Begleiterkrankungen

Generell waren die Patientinnen gesund. Nur bei 29 der 129 Patientinnen (22,5 %) wurde eine Begleiterkrankung angegeben, wobei wiederum nur 12 dieser 29 Patientinnen dafür behandelt wurden.

- Adipositas (BMI: 2 x 31, 1 x 41): 3 Patientinnen. Bei 14 Patientinnen konnte ein BMI von > 30 berechnet werden. Bei den Schwangeren waren es 2/52 (3,8 %), bei den Nicht-Schwangeren 7/85 = 8,2 % und bei den Drop-Outs 5/30 = 16,7 %, eine Patientin darunter mit BMI = 41.
- Endometriose: 3 Patientinnen
- Hyperprolaktinämie: 2 Patientinnen
- Hyperthyreose: 3 Patientinnen
- Zöliakie: 1 Patientin
- Rheumatoide Arthritis: 1 Patientin
- Thyreoidektomie: 1 Patientin
- Asthma bronchiale: 1 Patientin
- Reizdarm: 1 Patientin
- Multiple Allergien: 6 Patientinnen
- Struma (Kropf): 1 Patientin
- Multiple Sklerose: 1 Patientin
- Allergische Rhinitis: 2 Patientinnen
- Morbus Crohn: 1 Patientin
- Polyzystische Ovarien: 1 Patientin
- Grippaler Infekt: 1 Patientin

Die anamnestischen Daten zeigen, dass 65 % aller Patientinnen an einer primären Sterilität und 35 % Patienten an einer sekundären Sterilität litten. Diese Daten sind vergleichbar zwischen Schweiz und Deutschland, zeigen aber einen Unterschied zwischen den schwangeren und nichtschwangeren Patientinnen. Während bei den Schwangeren nur 58 % an einer primären Sterilität litten, waren es 68 % bei den Nicht-Schwangeren.

Die Sterilitätsursache (Mehrfachnennungen möglich) wurde in 76 % der

Fälle in der Schweiz resp. 52 % der Fälle in Deutschland mit einer männlichen Subfertilität angegeben. Weitere Ursachen waren: Tubenfaktor (24 % vs. 25 %), PCO (4 % vs. 16 %) Endometriose (15 % vs. 6 %), ovariell (24 % vs. 4 %) und idiopathisch oder andere (9 % vs. 19 %).

Die Sterilitätsdauer war nur bei den in Deutschland behandelten Patientinnen erfasst und betrug 4,1 Jahre. Bei den Schwangeren betrug sie 3,6 Jahre im Vergleich zu 4,8 Jahren bei den Nicht-Schwangeren. Die Anzahl der vorangegangenen Zyklen war 1,6 bei den Schwangeren resp. 2,1 bei den Nicht-Schwangeren. Die Anzahl der vorangegangenen Zyklen betrug in der Schweiz 2,3 versus 1,8 in Deutschland.

Behandlungsphase

Die Behandlung wurde in 59 % der Zyklen in der Schweiz resp. in 94 % der Zyklen in Deutschland mit rekombinantem FSH (rFSH) durchgeführt. 85 % der Schwangerschaften resultierten aus Behandlungen mit rFSH, 4 % der Schwangerschaften waren mit uFSH behandelt worden und die restlichen 11 % erhielten humanes Menogonadotropin (hMG) für die Stimulation. In den meisten Fällen wurde die Stimulation 1–3 Tage nach Beginn der Menstruation gestartet. Die durchschnittliche Anfangsdosis betrug in der Schweiz 360 I.E. und in Deutschland 170 I.E. Die Anfangsdosis bei Schwangerschaften war 220 I.E. resp. 240 I.E. bei Nicht-Schwangerschaften. Die letzte Behandlungsdosis war 390 I.E. in der Schweiz und 200 I.E. in Deutschland (Tab. 3). Der wahrscheinlichste Grund für diesen Unterschied liegt darin, dass in der Schweiz mehrheitlich „Low-Responder“ behandelt wurden. In bezug auf die Schwangerschaftsrate war festzustellen, dass bei den Schwangeren die Dosierung leicht tiefer war. Es ist möglich, dass diese Dosis tiefer war, da die schwanger gewordenen Patientinnen weniger vorangegangene Zyklen hatten, dass

Tabella 3: Vergleich der Stimulationsdosis und des Stimulationsschema zwischen der Schweiz und Deutschland

Schweiz vs. Deutschland	Durchschnitt	Median	SA	Minimum	Maximum
1. Dosis (I.E.)					
CH	360	450	129	75	450
D	170	150	88	37	450
Letzte Dosis (I.E.)					
CH	391	450	157	50	600
D	206	175	97	50	575
Gesamtdosis (I.E.)					
CH	3630	3862	1380	625	5400
D	1725	1725	1016	350	5400
Stimulationstage bis Orgalutran®					
CH	6,0	6	1,4	2	14
D	5,4	5	1,5	0	10
Stimulationstage (total)					
CH	9,9	10	1,6	4	12
D	10,9	10	2,3	7	19
Anzahl Orgalutran® Tage					
CH	4,2	4	1,6	1	8
D	5,4	5	2,1	1	15

Tabella 4: Vergleich der Stimulationsdosis und des Stimulationsschemas zwischen den Schwangeren und Nicht-Schwangeren

Schwangere vs. Nicht-Schwangere	Durchschnitt	Median	SA	Minimum	Maximum
1. Dosis (I.E.)					
SS	219	162,5	116	50	450
Keine SS	243	200	147	37	450
Letzte Dosis (I.E.)					
SS	261	225	137	100	600
Keine SS	272	225	155	50	600
Gesamtdosis (I.E.)					
SS	2586	2100	1178	900	5400
Keine SS	2578	2250	1483	350	5400
Stimulationstage bis Orgalutran®					
SS	5,7	5,0	1,3	4	10
Keine SS	5,6	5,0	1,6	0	11
Stimulationstage (total)					
SS	11,0	11	1,9	8	15
Keine SS	10,2	10	2,2	1	19
Anzahl Orgalutran® Tage					
SS	5,0	5	2,0	3	10
Keine SS	4,8	5	2,1	1	15

bei ihnen die Dauer der Sterilität leicht kürzer war und auch ein bedeutend grösserer Anteil an männlichem Sterilitätsfaktor bestand.

Die tägliche Orgalutran®-Injektion erfolgte in der Schweiz 6,0 Tage

resp. in Deutschland 5,4 Tage nach Stimulationsbeginn. In bezug auf die Schwangerschaften und Nicht-Schwangerschaften änderte sich dies mit 5,7 resp. 5,6 Tagen nicht. Die Behandlungsdauer mit Orgalutran® war in der Schweiz leicht kürzer als

Tabelle 5: Vergleich der Daten bezüglich Transfer der Schwangeren und Nicht-Schwangeren

	Schwangere	Nicht-Schwangere
Punktierte Oozyten	11,5 ± 6,1	8,7 ± 4,5
Reife Oozyten	9,5 ± 5,6	7,4 ± 4,2
Fertilisierte Oozyten	8,2 ± 4,6	6,6 ± 4,1
Embryonen	2,4 ± 0,8	2,1 ± 0,8
Embryonen guter Qualität	2,3 ± 0,6	1,8 ± 0,8
Transferierte Embryonen	2,3 ± 0,6	2,1 ± 0,6
Kryokonservierte Pronukleide	1,7 ± 2,7	1,7 ± 2,6

Tabelle 6: Östrogenwerte zum Zeitpunkt der Auslösung zwischen Schwangeren und Nicht-Schwangeren

Östrogen-Werte zum Zeitpunkt der Ovulationsauslösung	Schwangere	Nicht-Schwangere	IUI Schwangere	IUI Nicht-Schwangere
Mittel, SA	6140 ± 3386	6404 ± 2989	756	1464 ± 1211
Median	5319	5997		866
Minimum	2318	1942		866
Maximum	19000	12994		3872
N	26	37	1	9

Tabelle 7: Progesteronwerte zum Zeitpunkt der Auslösung zwischen Schwangeren und Nicht-Schwangeren

Progesteron-Werte zum Zeitpunkt der Ovulationsauslösung	Schwangere	Nicht-Schwangere
Mittel, SA	19,8 ± 28,5	11,8 ± 18,5
Median	4,5	2,4
Minimum	0,8	0,7
Maximum	99,9	52,4
N	20	13

in Deutschland (4,2 resp. 5,4 Tage), war aber zwischen Schwangeren und Nicht-Schwangeren vergleichbar mit 5,0 resp. 4,8 Tagen (Tab. 4).

Die Stimulationsdauer bis zur Ovulationsinduktion betrug in der Schweiz 9,9 Tage versus 10,9 Tage in Deutschland. Die Stimulationsdauer bei den Schwangeren und den Nicht-Schwangeren betrug 11,0 resp. 10,2 Tage. Die Patientengruppen waren sehr heterogen: so variierte die Anfangsdosis von 37 I.E. bis 450 I.E., und die Enddosis von 50 I.E. bis 600 I.E. Die Gesamtdosis variierte von 350 I.E. bis 5400 I.E. Auch hier war ein Unterschied zwischen der Schweiz und Deutschland ersichtlich. In der Schweiz spritzten die Patientinnen im Durchschnitt 3630 I.E. versus

1725 I.E. in Deutschland. Demgegenüber ist aber die durchschnittliche Gesamtdosis der Schwangeren und Nicht-Schwangeren mit 2586 I.E. resp. 2587 I.E. erstaunlich übereinstimmend (Tab. 4).

Klinische Resultate

Die Ovulationsauslösung fand bei 82 Patientinnen (60 %) mit 10.000 I.E. HCG, bei 27 Patientinnen (20 %) mit 6.500 I.E. rHCG und bei 19 Patientinnen (14 %) mit 5.000 I.E. HCG statt. Die restlichen 6 Patientinnen (4 %) erhielten 7.500 I.E. HCG oder GnRH plus einen Agonisten für die Ovulationsauslösung.

Die Ovulation wurde in allen Fällen am letzten Tag der Orgalutran®-Gabe

induziert und fand durchschnittlich 10–11 Tage nach Stimulationsbeginn statt (Schwangere: 11 Tage; Nicht-Schwangere: 10 Tage; siehe Tabellen 3 und 4).

Im Durchschnitt wurden bei den Schwangeren 11,5 ± 6,1 Oozyten punktiert, wovon 2,3 ± 0,6 Embryonen transferiert wurden. Die Daten für die Nicht-Schwangeren liegen bei 8,7 ± 4,5 punktierten Oozyten und 2,1 ± 0,6 transferierten Embryonen (Tab. 5).

Laborresultate

Östrogen

Bei 26 der Schwangeren resp. 37 der Nicht-Schwangeren war ein Östrogenwert zum Zeitpunkt der Ovulationsauslösung verfügbar. Diese Werte liegen bei den für IVF oder ICSI stimulierten Patientinnen bei knapp 6000 I.E. (Median) und bei den für IUI stimulierten Patientinnen mit 870 I.E. deutlich tiefer (Median) (Tabelle 6).

Progesteron

Die Progesteronwerte lagen bei den Schwangeren leicht höher als bei den Nicht-Schwangeren (Tabelle 7).

Luteinisierendes Hormon (LH)

Von 15 Schwangeren (15/52 = 28,8 %) und 7 Nichtschwangeren Patientinnen (7/85 = 8,2 %) waren LH-Werte verfügbar. Die Tabelle 8 zeigt deutlich, dass der LH-Wert sinkt und zwar bei den Schwangeren im Mittel auf 33 % des Wertes vor der Orgalutran®-Behandlung und bei den Nicht-Schwangeren auf 57 % des vorangegangenen Wertes. Das bedeutet, dass einer vorzeitigen Luteinisierung mit Orgalutran® wirksam entgegen gewirkt werden kann.

Zusammenfassung der Resultate

Total konnten 138 Zyklen ausgewertet werden. 52 dieser Zyklen (37,7 %) endeten in einer Schwangerschaft, belegt durch einen β -HCG-Test oder/und Ultraschall. Trotz der grossen Heterogenität der Patientinnen ver-

Tabelle 8: Vergleich der LH-Wert Senkung zwischen Schwangeren und Nicht-Schwangeren

LH-Werte in % vom Ausgangswert zum Zeitpunkt der Ovulationsauslösung	Schwangere	Nicht-Schwangere	IUI Schwangere	IUI Nicht-Schwangere
Mittel, SA	33,1 ± 27,8	48,7 ± 26,5	33,5	57,8 ± 34,8
Median	32,5	57,1		45,7
Minimum	0,8	0,7		24,9
Maximum	99,9	52,4		116,4
N	20	13	1	5

lief die Stimulation der Patientinnen aus der Schweiz und Deutschland nach gleichem Schema. Die Daten bezüglich der Stimulationsdauer und der Dauer der Orgalutran®-Anwendung waren in allen Gruppen (Schweiz vs. Deutschland, Schwangere vs. Nicht-Schwangere) vergleichbar. Es wurde eine Stimulationsdauer von 10–11 Tagen benötigt, wobei die letzten 5–6 Tage mit einer Zugabe von Orgalutran® ergänzt wurden.

Die Analyse der verfügbaren LH-Werte bestätigte, dass Orgalutran® einen vorzeitigen LH-Anstieg wirksam unterdrückte und die LH-Werte auf 30–45 % ihres Anfangswertes sanken.

Subjektive Einschätzung von Arzt und Patient der Behandlung

Am Ende der Behandlung wurde die Patientin nach der Handhabbarkeit der Orgalutran®-Fertigspritzen gefragt. Die Auswertung zeigt, dass sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland die Anwendung von Orgalutran® bei mehr als 98 % der Patientinnen als hervorragend oder gut bezeichnet wurden und nur knapp 2 % diese als unzufriedenstellend befanden.

UNERWÜNSCHTE ARZNEIMITTELWIRKUNGEN (UAW)

Orgalutran® wurde in den beobachteten Zyklen sehr gut vertragen und nur bei einer Patientin wurde ein leichtes OHSS (Ovarielles Hyperstimulationssyndrom) vermutet. Diese Patientin wurde in der Folge auch schwanger, hatte aber einen Abort 35 Tage nach dem Embryotransfer. In keinem der 158 beobachteten Zyklen wurden lokale UAW beschrieben.

SCHLUSSFOLGERUNG

In dieser Anwendungsbeobachtung von Follikelstimulation, mono- oder multifollikulär, mit Zugabe von Orgalutran® konnte gezeigt werden, dass sich das klassische Long- bzw. Short-Protokoll ersetzen lässt. Mit einer durchschnittlichen Stimulationsdauer von 10–11 Tagen, wobei in den letzten 5–6 Tagen zusätzlich Orgalutran® gespritzt wurde, konnte eine Schwangerschaftsrate von 36 %

erzielt werden. Obwohl in dieser Beobachtung viele „Low-Responder“, besonders aus der Schweiz, eingeschlossen waren, ist diese Schwangerschaftsrate mit den schon in anderen Arbeiten referierten Raten vergleichbar [1, 3]. Eindrücklich konnte auch gezeigt werden, dass die Zugabe von Orgalutran® den vorzeitigen LH-Anstieg wirksam unterdrücken.

Erwähnenswert sind die markanten Unterschiede der verwendeten Anzahl Einheiten des Follikel-stimulierenden Medikamentes zwischen der Schweiz und Deutschland. Die Gesamtdosis und demzufolge auch die Anfangs- und Enddosis variieren erheblich (Tab. 3). Die Verträglichkeit von Orgalutran® war sehr gut, ebenso wurde dessen Handhabung von mehr als 98 % der Patientinnen als hervorragend oder gut bezeichnet.

Literatur:

1. The European Orgalutran Study Group, Borm G, Mannaerts B. Treatment with the gonadotropin-releasing hormone antagonist ganirelix in women undergoing ovarian stimulation with recombinant follicle stimulation hormone is effective, safe and convenient, results of a controlled, randomized, multicentre trial. *Human Reprod* 2000; 15: 1490–8.
2. Olivennes F. Patient-friendly ovarian stimulation. *Rep Biomed Online* 2003; 7: 30–4.
3. Pang S et al. Administration of recombinant human FSH (solution in Cartridge) with a pen device in women undergoing ovarian stimulation. *RMB online* 2003; 7: 319–26.

Korrespondenzadresse:

Organon AG
Dr. Violette Villars-Pelzer
Churerstrasse 158
CH-8808 Pfäffikon SZ
Tel. 055/415 19 11,
Fax 055/415 19 10
E-mail: v.villars@organon.ch

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](#)