

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

News-Screen Assistierte Reproduktion

Feichtinger M

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2017; 11 (1)

(Ausgabe für Österreich), 20-21

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2017; 11 (1)

(Ausgabe für Schweiz), 21-22

**Offizielles Organ der Österreichischen
IVF-Gesellschaft**

**Offizielles Organ der Österreichischen
Menopause-Gesellschaft**

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

www.kup.at/gynaekologie

Member of the



Homepage:

www.kup.at/gynaekologie

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

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. h. b. GZ07Z007636M · Verlagspostamt: 3002 Parkersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz

**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



News-Screen

Assistierte Reproduktion

M. Feichtinger

● Reproductive Outcome in European and Middle Eastern/North African Patients

Feichtinger M, et al. *Reprod Biomed Online* 2016; 33: 684–9.

Abstract

The aim of this retrospective cohort study was to assess differences in infertility-related baseline characteristics and IVF outcome between European and Middle Eastern/North African (MENA) patients. Of 2703 patients undergoing their first IVF cycle, 2485 were Caucasian of European descent and 218 originated from the MENA region. MENA patients were significantly younger (30.6 versus 34.0 years, $P < 0.001$), less likely smokers, with higher body mass indexes. Infertility duration was longer in MENA patients ($P < 0.001$), their male partners were younger ($P < 0.001$) and smoked more often than European male patients ($P = 0.005$). Male factor infertility ($P = 0.017$) and polycystic ovary syndrome (PCOS; $P = 0.032$) was more prevalent in MENA patients, showed significantly higher basal FSH concentrations ($P = 0.012$) and significantly fewer oocytes retrieved (RR 0.83, 95% CI 0.74–0.93, $P = 0.001$). Clinical pregnancy rates were comparable (22.4% [European] versus 22.9% [MENA]). Fewer MENA patients had surplus embryos cryopreserved (OR 0.41, 95% CI 0.22–0.76, $P = 0.004$). Despite younger age and higher prevalence of PCOS, MENA patients had significantly lower oocyte yields than their European counterparts ($P = 0.001$). These findings suggest a more rapid decline in ovarian function in women of MENA descent.

Zusammenfassung und Relevanz für die Praxis

Nachdem schon mehrere amerikanische Studien einen Effekt der Ethnie auf reproduktionsmedizinische Behandlungsergebnisse zeigen konnten, befasste sich unsere Studie mit Patienten aus dem mittleren Osten und Nordafrika, der so genannten MENA-Region. Wir konnten wesentliche Unterschiede in allgemeinen Populationsmerkmalen bei MENA-Patientinnen feststellen, wie ein jüngeres Alter, einen höheren BMI und geringere Raucherraten. Bei den männlichen Partnern von MENA-Patientinnen ist ebenfalls ein jüngeres Alter, jedoch eine erhöhte Raucherrate verglichen mit männlichen Europäern aufgefallen. Korrelierend dazu hatten MENA-Patienten höhere „Male factor“-Infertilitätsraten als Europäer, trotz ihres jüngeren Alters.

MENA-Patientinnen hatten insgesamt höhere FSH-Werte und weniger gewonnene Eizellen, was auf eine erniedrigte ovarielle Reserve zurückzuführen sein könnte.

Alle diese Befunde sind natürlich multikausal und lassen sich nicht auf genetische Ursachen reduzieren, sondern beruhen

auf einer Mischung aus Lebensstil, Stress aufgrund von Migration, aber auch erhöhten Konsanguinitätsraten. In der Beratung von infertilen Paaren ist die Abklärung des männlichen Partners immer obligat, jedoch besonders in der Gruppe der MENA-Patienten oft aus kulturellen Gründen heikel. Oft wird die Infertilität als ausschließlich weibliches Problem betrachtet; wie wir zeigen konnten, ist das Problem der „Male factor“-Infertilität jedoch gerade in der MENA-Gruppe besonders ausgeprägt. In der Beratungssituation sollten besonders auf eine Gewichtsreduktion der Patientin und eine Nikotinkarenz sowie Abklärung des männlichen Partners geachtet werden.

● Extremities of Body Mass Index and their Association with Pregnancy Outcomes in Women Undergoing In Vitro Fertilization in the United States

Kawwass JF, et al. *Fertil Steril* 2016; 106: 1742–50.

Abstract

Objective: To investigate the associations among underweight body mass index (BMI), pregnancy, and obstetric outcomes among women using assisted reproductive technology (ART). **Design:** Retrospective cohort study using national data and log binomial regression. **Setting:** Not applicable. **Patient(s):** Women undergoing IVF in the United States from 2008 to 2013. **Intervention(s):** None. **Main Outcome Measure(s):** Pregnancy outcomes (intrauterine pregnancy, live birth rates) per transfer, miscarriage rate per pregnancy, and low birth weight and preterm delivery rates among singleton and twin pregnancies. **Result(s):** For all fresh autologous in vitro fertilization (IVF) cycles in the United States from 2008 to 2013 ($n = 494,097$ cycles, $n = 402,742$ transfers, $n = 180,855$ pregnancies) reported to the national ART Surveillance System, compared with normal weight women, underweight women had a statistically significant decreased chance of intrauterine pregnancy (adjusted risk ratio [aRR] 0.97; 95% confidence interval [CI], 0.96–0.99) and live birth (aRR 0.95; 95% CI, 0.93–0.98) per transfer. Obese women also had a statistically decreased likelihood of both (aRR 0.94; 95% CI, 0.94–0.95; aRR 0.87; 95% CI, 0.86–0.88, respectively). Among cycles resulting in singleton pregnancy, both underweight and obese statuses were associated with increased risk of low birth weight (aRR 1.39; 95% CI, 1.25–1.54, aRR 1.26; 95% CI, 1.20–1.33, respectively) and preterm delivery (aRR 1.12; 95% CI, 1.01–1.23, aRR 1.42; 95% CI, 1.36–1.48, respectively). The association between underweight status and miscarriage was not statistically significant (aRR 1.04; 95% CI, 0.98–1.11). In contrast, obesity was associated with a statistically significantly increased miscarriage risk (aRR 1.23; 95% CI, 1.20–1.26). **Conclusion(s):** Among women undergoing IVF, prepregnan-

cy BMI affects pregnancy and obstetric outcomes. Underweight status may have a limited impact on pregnancy and live-birth rates, but it is associated with increased preterm and low-birth-weight delivery risk. Obesity negatively impacts all ART and obstetric outcomes investigated.

Zusammenfassung und Relevanz für die Praxis

Diese Studie hat den Einfluss von Körpergewichts-Extremen auf Schwangerschaften nach künstlicher Befruchtung untersucht. Auch wenn sich die Studie mit amerikanischen Daten befasst, sind wir in Europa mehr und mehr mit übergewichtigen, aber aufgrund von übertriebenen Schönheitsidealen auch mit untergewichtigen Patientinnen konfrontiert. Die Studie hat ein sehr großes Kollektiv von rund 500.000 Patientinnen untersucht. Sowohl untergewichtige als auch übergewichtige Patientinnen zeigten eine erniedrigte Schwangerschaftsrate. Interessanterweise zeigte sich sowohl in der Gruppe der untergewichtigen als auch übergewichtigen Patientinnen eine erhöhte Rate an erniedrigtem Geburtsgewicht. Bei Patientinnen mit Übergewicht würde eher ein erhöhtes Geburtsgewicht an-

zunehmen sein, jedoch hat diese Studie lediglich Absolutwerte und nicht Perzentilen analysiert. Deshalb könnte das erniedrigte Geburtsgewicht mit der erhöhten Frühgeburtenrate in beiden Gruppen einhergehen. Patientinnen mit Übergewicht zeigten erhöhte Abortraten; dieser Effekt konnte bei untergewichtigen Patientinnen nicht beobachtet werden.

In der Praxis sollten deswegen Patientinnen im Sinne eines optimalen „prepare for pregnancy“ angeregt werden, einen möglichst normalen BMI zu erreichen, um einerseits schneller schwanger zu werden und andererseits ein besseres Schwangerschaftsoutcome zu erreichen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Michael Feichtinger

Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Universitätsklinik für Frauenheilkunde

Medizinische Universität Wien

A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

E-Mail: michael.a.feichtinger@meduniwien.ac.at

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](#)