

Journal für

Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

Andrologie • Embryologie & Biologie • Endokrinologie • Ethik & Recht • Genetik
Gynäkologie • Kontrazeption • Psychosomatik • Reproduktionsmedizin • Urologie



Kongressbericht: ESHRE 2022: Neues zu Kryozyklen

Endometriose und Progesteron – und ein paar OP-Tipps

Hajder E

J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2022; 19 (6), 352-353

www.kup.at/repromedizin

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ: AGRBM, BRZ, DVR, DGA, DGGEF, DGRM, D-I-R, EFA, OEGRM, SRBM/DGE

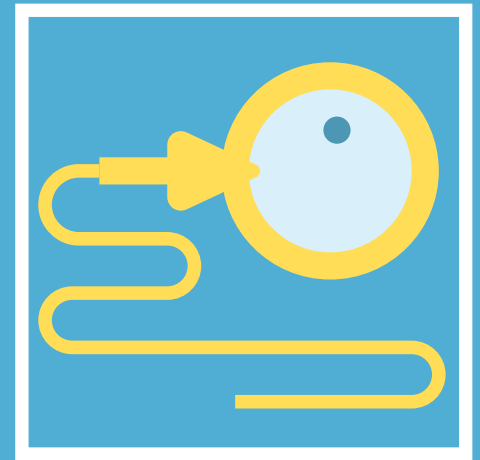
Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft, A-3003 Gablitz

SAVE THE DATE

10. DVR-KONGRESS

20.09.-22.09.2023



World Conference Center **BONN**

Prof. Dr. med. Jean-Pierre Allam
PD Dr. rer. nat. Verena Nordhoff
Prof. Dr. med. Nicole Sanger

BACK TO THE FUTURE

ESHRE 2022: Neues zu Kryozyklen, Endometriose und Progesteron – und ein paar OP-Tipps

Bericht von Dr. med. Ensar Hajder, Essen

Vom 3. bis 6. Juli 2022 fand in Mailand der 38. Kongress der *European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)* statt. Dr. med. Ensar Hajder, Essen, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunktausbildung Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, war vor Ort und berichtet hier über seine persönlichen Highlights des Kongresses.

■ Kryozyklen

In der Session „State of ART of frozen embryo transfer cycles“ stellte **Prof. Samuel Dos Santos-Ribeiro**, Portugal, den interessanten Aspekt vor, wonach die Gewinnung von zusätzlichen Oozyten mit einer erhöhten Lebendgeburt rate (LBR) vergesellschaftet ist. Man geht von einer Erhöhung um ca. 5 % pro zusätzlich gewonnene Oozyte aus. Das Optimum scheint bei zehn bis 15 (in manchen Fällen bis 20) Oozyten pro ART-Zyklus zu liegen. Von diesen sollten dann zwei bis vier Blastozysten eingefroren werden. Dazu sei angemerkt, dass sich hier jedoch in Bezug zur deutschen Rechtsprechung Probleme hinsichtlich des „Deutschen Mittelwegs“ ergeben, nach dem Ärzte in Deutschland einen Mittelweg zwischen dem konservativen deutschen Embryonenschutzgesetz (ESchG) sowie dem internationalen Wissensstand und dem liberalen Vorgehen im europäischen Ausland finden müssen.

Prof. Nikolas Polyzos, Spanien, beschäftigte sich in seinem Beitrag mit den Vor- und Nachteilen der unterschiedlichen Regime der Kryozyklen (HRT-Zyklus vs. natürlicher Zyklus vs. mod. natürlicher Zyklus). So sei im natürlichen Zyklus die Zeitspanne zwischen LH-Anstieg und Eisprung durchaus variabel, wobei diese typischerweise zwischen 32 und 37 Stunden liegt.

In Bezug auf Lutealphasenunterstützung mit Progesteron zeigte Prof. Polyzos eine Analyse aus 2021 von Mizrachi et al., wonach eine höhere Schwangerschafts- und Lebendgeburt rate zu beobachten war, wenn Progesteron zum natürlichen Zyklus dazu gegeben wurde. In Bezug auf die HRT-Kryozyklen führte er weiter aus, dass es laut Studienlage ein höheres

Risiko für vaskuläre Ereignisse wie Hypertonus oder Präeklampsie bei diesen Kryozyklen gibt. Die absolute Reduktion des Risikos dieser Ereignisse beträgt allerdings nur zwischen einem und vier Fälle pro 100 Patientinnen im Vergleich zum natürlichen Zyklus.

Fazit: Jede Variante der Kryozyklen hat ihre Berechtigung mit entsprechenden Vor- und Nachteilen – die Therapie sollte individualisiert sein und zur Patientin passen.

■ Progesteron und Lutealphase

Auf dem ESHRE 2022 wurde unter anderem auch der Grenzwert von Progesteron zur Lutealphasenunterstützung am Embryotransfer-Tag diskutiert. Die als sinnvoll angesehenen Werte liegen in einem Bereich zwischen 9,4 ng/ml und 10,6 ng/ml. Demnach wäre ein Wert von 10 ng/ml in der Regel ausreichend – allerdings gibt es weiterhin keine Festlegung auf einen eindeutig definierten Cut-off-Wert, da viele unterschiedliche Faktoren wie Applikationsart oder Dosis eine wichtige Rolle spielen. In der Praxis ist es zudem so, dass zahlreiche Kliniken in Deutschland den Progesteron-Wert am Embryotransfer-Tag nicht bestimmen, weil es eine hohe Streuung der Progesteron-Werte gibt und die Interpretation eines einzelnen Wertes daher schwierig ist.

In einer ebenfalls diskutierten Meta-Analyse wurde die Frage eruiert, ob eine Lutealphasenunterstützung das Ergebnis im natürlichen Zyklus verbessern kann. Mizrachi et al. zeigten in ihrer Arbeit einen signifikanten Vorteil von Progesteron hinsichtlich fortgesetzter Schwangerschaften und LBR auch beim natürlichen

Zyklus (mit hCG-Trigger) bei verschiedenen Dosierungen von Progesteron, wie z. B. 2x 100–400 mg Progesteron vaginal bis zur 7. bis 11. SSW. Ein Cut-off-Wert, wie er für HRT-Kryozyklen diskutiert wird, konnte hier allerdings nicht ermittelt werden.

Weitere diskutierte spannende Themen stellten das Antagonisten-Protokoll mit Auslösung durch einen GnRH-Agonisten und die „Freeze-all“-Strategie dar – vor allem im Hinblick auf die Prophylaxe eines Überstimulationssyndrom (OHSS). Besonders praxisrelevant ist, dass der VZO (Verkehr zum Zyklusoptimum) mit urinären Ovulationstests bei Patientinnen mit einer Kinderwunschdauer unter zwölf Monaten die Chance auf das Eintreten einer Schwangerschaft erhöht (20 bis 28 % vs. 18 % ohne VZO pro Zyklus) – hierzu gibt es jedoch nur eine mäßig gute Evidenz. Darüber hinaus werden VZO-Zyklen jedoch nicht als effektive Kinderwunschtherapie angesehen.

Am letzten Vortragstag zeigte **Dr. González-Foruria**, Spanien, in der Session „Hormonal monitoring – to monitor or not to monitor?“, dass keine Überlegenheit der kombinierten vaginalen und subkutanen gegenüber einer alleinigen vaginalen Applikation in Bezug auf das ART-Outcome „Lebendgeburt rate“ zu sehen war, wenn der Wert oberhalb der Grenze von 10 ng/ml lag. Höhere Progesteron-Werte scheinen allerdings auch nicht mit einem schlechteren Outcome vergesellschaftet zu sein, ebenso die Gabe von höherdosiertem Progesteron bei Patientinnen mit höheren BMI-Werten.

■ Endometriose

Ein interessantes Konzept, welches in der Session „Live surgery session – Reproductive surgery: Enhancing and preserving female fertility new insights in reproductive surgery“ vorgestellt wurde, stellt die vaginale Sklerotherapie in der Behandlung von ovariellen Endometriomen (< 6 cm) dar. Bei Endometriomen

> 6 cm wird eher ein laparoskopisches Vorgehen bevorzugt und empfohlen. Die Sklerotherapie stellt jedoch eine interessante Alternative zu dem üblichen operativen Vorgehen bei Endometriomen dar.

Die Endometriose-Sanierung ist weiterhin die Methode der ersten Wahl bei Endometriose-bedingten Beschwerden. Diese sollte durch erfahrene Chirurgen vollständig durchgeführt werden, da eine partielle Endometriose-Sanierung bezüglich der Beschwerden und Rezidivrate keine gute Alternative ist. Die postoperativen Konzeptionsraten nach Endometriose-Sanierung wurden mit 50 % innerhalb eines Jahres angegeben – die Gründe hierfür sind noch nicht vollständig geklärt. Auch bezüglich der prä- und postoperativen Scores in der Endometriose-Einschätzung besteht weiterhin ein Aktualisierungsbedarf.

Bezüglich der Endometriose ist es mittlerweile anerkannt, dass es sich um eine systemische Erkrankung handelt – die retrograde Menstruation als alleinige Ursache scheint sehr unwahrscheinlich. Mehrere Forschungsgruppen gehen von einer Stammzellfunktion und einer möglichen Mitochondrienstörung aus. Endometriose scheint das metabolische Risiko zum Beispiel durch Veränderung in den Organsystemen Leber und Fettzellen zu erhöhen und weist zudem eine positive Korrelation zur Verschlechterung der Eizellqualität auf (durch Erhöhung der freien Radikale). Aber scheinbar gibt es keine Korrelation zu einer schlechteren Embryoqualität. Einige Forschungsgruppen sprechen darüber hinaus von erhöhten Aneuploidie-Risiken für die Nachkommen, allerdings teilen nicht alle diese Ansicht, denn zahlreiche Daten dazu sind noch diskrepant. **Prof. Hugh Taylor**, USA, kommentierte: „*What you see in the pelvis is just a part of the disease*“. Meint: Mit einer laparoskopischen Endometriose-Sanierung hat man mit großer Wahrscheinlichkeit nicht die gesamte Erkrankung besiegt. In Bezug auf eine ART kann festgestellt werden, dass außer bei ausgeprägten Beschwerden und/oder großen Endometriomen eine operative Abklärung der Endometriose vor einer ART-Behandlung aus Sicht der American Society for Reproductive Medicine ASRM nicht empfohlen wird.

■ Social-Freezing

Das Thema „Social-Freezing“ durfte auch beim diesjährigen ESHRE-Kongress nicht fehlen. In den meisten Ländern wird Social-Freezing bis zum 35. Lebensjahr befürwortet, ab dem 36. Lebensjahr sollte individuell entschieden werden, wobei es keinen klaren „Cut-off-Wert“ beim Alter gibt. Die Beratung der Patientinnen bezüglich Social-Freezing und Medical-Freezing bedarf deutschlandweit, aber auch weltweit, mehr Aufmerksamkeit, da sich viele Patienten oft nicht oder sehr spät aus eigenem Antrieb über diese sehr wichtigen Optionen informieren. Bei der ovariellen Kryokonservierung sprechen die derzeitigen Daten aus der Auswertung des FertiPROTEKT-Registers dafür, dass diese etwas niedrigere Schwangerschafts- und Geburtenraten hat als die Oozyten-Kryokonservierung. Es werden jedoch weitere Studien zur genaueren Beurteilung der ovariellen Kryokonservierung und Replantation von ovariellen Gewebe benötigt.

■ Ovarialzystensanierungen

Aus praktisch-operativer Sicht interessant waren Informationen zur Verwendung einer Ringer-Laktat-Lösung anstelle einer reinen Ringerlösung zur Durchführung der „Bauchtoilette“ – hiervon verspricht man sich eine niedrigere Adhäsionswahrscheinlichkeit. Allerdings werden dazu für definitive Aussagen noch weitere Studien benötigt. Ein weiteres Diskussionsthema zur Ovarialzystensanierungen stellte die operative Methodik dar: Zystenablation mit einem CO₂-Laser und 30 Watt Leistung vs. Zystektomie als Standardmethode. Hierbei ist die Präferenz des Operateurs und seine Expertise besonders wichtig, wie in dem Vortrag erläutert wurde, da beide Methoden Vor- und Nachteile aufweisen. Ein interessantes präsentiertes Verfahren stellt das Benutzen des sogenannten „Shavers“ bei operativer Hysteroskopie zur Polyp- und Myomsanierung dar – die Daten bezüglich des Rezidivrisikos scheinen ermutigend, ebenso die sehr niedrigen Komplikationsraten. Ein weiterer Tipp aus der Praxis: Bei schwierigeren hysteroskopischen Operationen ist es ratsam, sich Unterstützung für die parallele abdominelle Sonographie zu organisieren, um zum einen die intra-

operative Darstellung zu verbessern und zum anderen die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten der Komplikationen zu vermindern.

■ Zertifizierung in der Reproduktionschirurgie

Die GESEA-ECRES-Zertifizierung (Gynaecological Endoscopic Surgical Education and Assessment; ESHRE Certification for Reproductive Endoscopic Surgeons) bietet Gynäkologen mit besonderem Interesse an Reproduktionschirurgie eine einzigartige Gelegenheit, ihre hysteroskopischen und laparoskopischen Fähigkeiten und Erfahrungen zu validieren, ihren Status als Reproduktionschirurgen zu etablieren und sich einer spezialisierten Expertengruppe anzuschließen. Es gibt zwei Zertifizierungsstufen: ECRES 1 und ECRES 2, und ab dem nächsten Jahr wahrscheinlich auch die Masterclass- oder ECRES-3-Zertifizierungsstufe. Die ECRES-1-Prüfung bildet die Kenntnisse ab, die man als Facharzt der Gynäkologie und Geburtshilfe aufweisen sollte. ECRES 2 ist für Oberärzte in einer operativen Klinik relevant, die ECRES-Masterclass soll der weiteren Vertiefung und Subspezialisierung dienen. Im Rahmen des ESHRE 2022 konnten diese Zertifizierungsstufen erworben werden, wobei nach einer intensiven Vorbereitung eine theoretische und praktische Prüfung zu absolvieren war. Die Prüfung „Laparoskopisches Nähen“ zum Beispiel nahm 15 Minuten in Anspruch, wobei man mit spezifischen Aufgaben Punkte am OP-Trainer sammeln musste. Die schriftliche Prüfung fand in englischer Sprache im Anschluss an eine „Simulationsprüfung“ statt.

■ Fazit

Insgesamt war es, aus meiner Sicht, ein gelungener Kongress mit praxisnahem Bezug. Ebenso kann ich den Zertifizierungskurs des ESHRE-/ESGE-Programms für Interessierte sehr empfehlen.

Dr. med. Ensar Hajder, Essen

Weitere Informationen und verantwortlich für den Inhalt:

Besins Healthcare Germany GmbH
D-12099 Berlin, Mariendorfer Damm 3
www.besins-healthcare.de

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

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](#)