

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Spitzer D, Freude G, Urdl W

Überarbeitete Empfehlung zur maximalen Anzahl zu transferierender Embryonen

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2011; 29 (2)
(Ausgabe für Österreich), 8-10*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2011; 29 (2)
(Ausgabe für Schweiz), 10-12*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

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

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

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



Überarbeitete Empfehlung zur maximalen Anzahl zu transferierender Embryonen*

D. Spitzer, G. Freude, W. Urdl

Spontan eingetretene Schwangerschaften sind gewöhnlich Einlingschwangerschaften. Bei einer Kinderwunschbehandlung besteht ein vergleichsweise höheres Risiko, dass es zu einer Zwillingschwangerschaft kommt, in seltenen Fällen erwartet die Frau sogar mehr als 2 Kinder. Diese Mehrlingschwangerschaften bedeuten ein höheres Risiko für die Mutter und die Kinder.

Die Häufigkeit von Mehrlingen ist von mehreren Faktoren abhängig, einer davon ist die Anzahl der transferierten Embryonen. Da bereits eine Zwillingschwangerschaft mit einem deutlich höheren geburtshilflichen und perinatalen Risiko behaftet ist, sollte das Ziel jeder reproduktionsmedizinischen Maßnahme die Einlingschwangerschaft sein. In jedem Fall muss aber versucht werden, die Entstehung von höhergradigen Mehrlingen (mehr als Zwillinge) zu verhindern.

Diese Schwangerschaften sind mit einer massiven psychischen Belastung für die betroffenen Paare, einem hohen volkswirtschaftlichen Einsatz und einem enormen Risiko für die Kinder, an einem Handicap zu leiden, verbunden.

Die gesetzlichen Voraussetzungen spielen bei der Entscheidung, wie viele Embryonen transferiert werden, eine nicht unwesentliche Rolle. In Ländern, wo IVF/ICSI

vom Staat bezahlt werden, lässt sich eine Reduktion der Anzahl der Embryonen, die transferiert werden, leichter umsetzen als dort, wo die Leistung privat erbracht werden muss. Um eine möglichst hohe Schwangerschaftschance zu erreichen, werden auch von den Eltern häufig Mehrlinge in Kauf genommen. Die Behandelnden müssen bei Schwangerschaftsraten, die unter dem geforderten Limit (in Österreich 18 % pro Follikelpunktion) liegen, befürchten, ihre Genehmigung zu verlieren, und transferieren aus diesem Grund zu viele Embryonen.

Vor allem in den Vereinigten Staaten wird daher der Fetozid als Maßnahme zur Reduktion der Mehrlingshäufigkeit akzeptiert und breit eingesetzt. Für Österreich ist dieses Vorgehen vor allem aus ethischen Gründen, aber auch wegen der massiven psychischen Belastungen für das Paar strikt abzulehnen. Ein Aspekt, der in diesem Zusammenhang auch zu beachten sein wird, ist die mögliche Weigerung einer Mutter, einen derartigen Eingriff vornehmen zu lassen, und anschließend Schadenersatzklagen an den behandelnden Arzt zu richten, wenn Schäden an höhergradigen Mehrlingen aufgetreten sind und der Transfer mehrerer Embryonen dem Stand der Wissenschaft widersprochen hat.

Es müssen daher andere Wege gefunden werden, um das Mehrlingsrisiko zu reduzieren, ohne gleichzeitig eine wesentliche Senkung der Schwangerschaftsraten zu riskieren. Beispiele aus mehreren europäischen Ländern haben gezeigt, dass es möglich ist, durch eine Beschränkung der Zahl der transferierten Embryonen das Mehrlingsrisiko drastisch zu senken und die

* Gemeinsame Empfehlung der „Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie“, der „Österreichischen IVF-Gesellschaft“ und der „Österreichischen Gesellschaft für Sterilität, Fertilität und Endokrinologie“

Kosten dafür deutlich zu reduzieren. Ohne eine Änderung der in Österreich derzeit geltenden Voraussetzungen des IVF-Fonds ist eine generelle Empfehlung zum „Single-Embryo-Transfer“ schwer durchsetzbar.

Eine gesetzliche Beschränkung der Anzahl der zu transferierenden Embryonen verbietet es auch, bei dieser wichtigen Entscheidung die besonderen Umstände jedes Paares und etwaige zukünftige Entwicklungen zu berücksichtigen. Die Empfehlungen sollen jedoch den Freiraum für den unkritischen Transfer einer hohen Anzahl von Embryonen nehmen. Besondere Bedeutung hat die nachvollziehbare individualisierte Aufklärung des Paares über den Zusammenhang zwischen der Anzahl der transferierten Embryonen und dem Mehrlingsrisiko einerseits und der Schwangerschaftsrate andererseits. Es ist auch die Aufgabe des betreuenden Teams, dem Wunsch einer Patientin nach dem Transfer einer unpassend hohen Anzahl an Embryonen mit einer besonderen Aufklärung über die nachteiligen Konsequenzen zu begegnen.

Eine erste gemeinsame Empfehlung der 3 Gesellschaften wurde 2010 im „Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie“ (2010; 7: 129–30) publiziert. In konstruktiven Diskussionen mit den Perinatologen wurde gemeinsam eine nochmalige Reduktion der empfohlenen Anzahl der maximal zu transferierenden Embryonen vereinbart. Tabelle 1 zeigt diesen aktuellen Konsensus und gibt (blau markiert) die Bereiche an, in denen Reduktionen gegenüber der vorangegangenen Empfehlung um jeweils 1 Embryo stattfanden. Bei Embryo-

transfer an Tag 2–3 wird bis zum 40. Lebensjahr nur mehr ab dem 3. Versuch und bei schlechter Prognose der Transfer von 3 Embryonen empfohlen. Bei Frauen > 40 Jahren erscheint der Transfer von 3 Embryonen im Teilungsstadium vertretbar. Bei Transfer an Tag 4–6 wird bei Frauen bis zum 37. Lebensjahr und guter Prognose in den ersten beiden Versuchen ein „Single-Embryo-Transfer“ und nur bei schlechter Prognose und ab dem 3. Versuch der Transfer von 2 Embryonen empfohlen. Ab 38 Jahren wird der Transfer von 2 Embryonen akzeptiert und auch nach dem 40. Lebensjahr maximal empfohlen, und nur in Ausnahmefällen (ab dem 3. Versuch und bei schlechter Prognose) scheint der Transfer von 3 Embryonen gerechtfertigt.

„Die Österreichische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie“, „die Österreichische IVF-Gesellschaft“, und „die Österreichische Gesellschaft für Sterilität, Fertilität und Endokrinologie“ haben sich daher zu folgenden überarbeiteten Empfehlung entschlossen (Tab. 1):

Die Gesellschaften erwarten, dass sich jeder reproduktionsmedizinisch tätige Arzt der Verantwortung bewusst ist, durch seine Transfer-Politik die Mehrlingsproblematik zu reduzieren. Um die Einhaltung der Empfehlungen zu gewährleisten, muss bei nachweislich gehäufter Ignorierung mit einer Überprüfung durch ein Gremium aus den Gesellschaften gerechnet werden.

Tabelle 1: Empfehlung für die maximale Anzahl zu transferierender Embryonen

Alter Prognose	< 35 Jahre		35–37 Jahre		38–40 Jahre		> 40 Jahre	
	Gut	Schlecht	Gut	Schlecht	Gut	Schlecht	Gut	Schlecht
Tag 2/3 Embryotransfer								
1. Versuch	2	2	2	2	2	2	3	3
2. Versuch	2	2	2	2	2	2	3	3
≥ 3 Versuche	2	2	2	2	2	3	3	3
Tag 4/6 Embryotransfer								
1. Versuch	1	2	1	2	2	2	2	2
2. Versuch	1	2	1	2	2	2	2	2
≥ 3 Versuche	2	2	2	2	2	3	2	3

1 Gute Prognose = gute Embryonen-Qualität (Tag 2/3: 4–8-Zeller A1 bis B2; Tag 5/6: 2 AB oder 2 BA bis 4 AB oder 4 BA), mehrere Embryonen zur Kryokonservierung, bereits 1 Kind.
2 schlechte Prognose = schlechte Embryonenqualität (mindestens 1 Embryo für den Transfer mit Qualität C). In diesen Fällen kann eine genetische Abklärung (Polkörperdiagnostik) erwogen werden.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR:

1. ACOG Practice Bulletin Nr. 56, 2004. Mehrlingschwangerschaften: Komplizierte Zwillings-, Drillings- und höhergradige Mehrlingschwangerschaft. *Frauenarzt* 2005; 46: 1012–23.
2. Bergh C. Single embryo transfer: a mini-review. *Hum Reprod* 2005; 20: 323–7.
3. Bhattacharya S, Templeton A. What is the most relevant standard of success in assisted reproduction? Redefining success in the context of elective single embryo transfer: evidence, intuition and financial reality. *Hum Reprod* 2004; 19: 1939–42.
4. Gardner DK, Lane M, Stevens J, et al. Blastocyst score affects implantation and pregnancy outcome: towards a single blastocyst transfer. *Fertil Steril* 2000; 73: 1155–8.
5. Gerris J, De Neubourg D, Mangelschots K, et al. Prevention of twin pregnancy after in-vitro fertilization or intracytoplasmic sperm injection based on strict embryo criteria: a prospective randomized clinical trial. *Hum Reprod* 1999; 14: 2581–7.
6. Human Fertilization Embryology Authority, 8th Annual Report and Accounts, 1999; www.hfea.gov.uk
7. Lukassen HGM, Braat DD, Wetzels AMM, et al. Two cycles with single embryo transfer versus one cycle with double embryo transfer: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2005; 20: 702–8.
8. Martikainen H, Tiitinen A, Tomás C, et al. and the Finnish ET Study Group. One versus two embryo transfer after IVF and ICSI: a randomized study. *Hum Reprod* 2001; 16: 1900–3.
9. Gemeinsame Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, der Österreichischen IVF-Gesellschaft und der Österreichischen Gesellschaft für Sterilität, Fertilität und Endokrinologie. Empfehlungen zur maximalen Anzahl zu transferierender Embryonen. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2010; 7:129–30.
10. Ombelet W, De Sutter P, Van der Elst J, et al. Multiple gestation and infertility treatment: registration, reflection and reaction – the Belgian project. *Hum Reprod* 2005; 11: 3–14.
11. Pandian Z, Templeton A, Serour G, et al. Number of embryos for transfer after IVF and ICSI: a Cochrane review. *Hum Reprod* 2005; 20: 2681–7.
12. Society for Assisted Reproductive Technology. Guidelines on the number of embryos transferred. *Fertil Steril* 2008; 90: 163–4.
13. Tews G, Feichtinger W, Spitzer D, et al. Empfehlungen für die maximale Anzahl zu transferierender Embryonen. Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2006; 4: 292–3.
14. Tiitinen A, Gissle M. Effect of in vitro fertilization practices on multiple pregnancy rates in Finland. *Fertil Steril* 2004; 82: 1689–90.
15. Tiitinen A, Unkila-Kallio L, Halttunen M, et al. Impact of elective single embryo transfer on the twin pregnancy rate. *Hum Reprod* 2003; 18: 1449–53.
16. Thurin A, Hardarson T, Hausken J, et al. Predictors of ongoing implantation in IVF in a good prognosis group of patients. *Hum Reprod* 2005; 20: 1876–80.
15. Trounson AO, Gardner DK (eds). Handbook of in vitro fertilization. 2nd ed, CRC Press, Boca Raton, FL, 1998.
16. Veck L. An atlas of human gametes and conceptuses. An illustrated reference for assisted reproductive technology. The Parthenon Publishing Group, Nashville, TN, 1999.
17. Veck L, Bodine R, Clarke R, et al. High pregnancy rates can be achieved after freezing and thawing human blastocysts. *Fertil Steril* 2004; 82: 1418–27.

Univ.-Doz. Dr. med. Dietmar Spitzer
 Österreichische Gesellschaft für Reproduktions-
 medizin und Endokrinologie
 E-mail: d.spitzer@salzburg.ivf.at

Prim. Dr. med. Georg Freude
 Österreichische IVF-Gesellschaft
 E-mail: office@ivf-gesellschaft.at

Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Urdl
 Österreichische Gesellschaft für Sterilität,
 Fertilität und Endokrinologie
 E-mail: wolfgang.urd@ivf-institut.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

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](#)