

Ludwig
**Kinder-
wunsch-
sprechstunde**



M. Ludwig

Kinderwunschsprechstunde

M. Ludwig

Kinderwunsch- sprechstunde

Mit 111 Abbildungen und 45 Tabellen

 Springer

Priv. Doz. Dr. med. Michael Ludwig

Endokrinologikum Hamburg

Zentrum für Hormon- und Stoffwechselerkrankungen,

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Lornsenstraße 6

22767 Hamburg

ISBN 3-540-22422-X

Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag.

Ein Unternehmen von Springer Science+Business Media

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2005

Printed in Germany

Warenchutzvermerk: Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Elisabeth Narciß/Dr. Anna Krätz

Projektbetreuung: Lindrun Weber

Design: deblik, Berlin

Titelbild: www.photos.com

SPIN 11012023

Satz: TypoStudio Tobias Schaedla, Heidelberg

Druck: Saladruck, Berlin

Vorwort

... und noch ein Buch zur Kinderwunschbehandlung. Aber anders!

Es ist ein Buch zur Kinderwunschbehandlung in der täglichen gynäkologischen Praxis. Daher sind zahlreiche Abbildungen enthalten, die es einfacher machen sollen, sich mit dem Kinderwunschpaar in definierten Situationen auseinanderzusetzen. Tabellen helfen, wesentliche Situationen auf einen Blick zu erfassen und in die Beratung umzusetzen.

Das Buch möchte aber andererseits nicht auf die wissenschaftlichen Grundlagen verzichten: wer will, kann das gesamte Buch wahrscheinlich an einem halben Tag durcharbeiten. Wer tiefer in die Thematik einsteigen möchte, wer verstehen möchte, warum die eine oder andere Empfehlung so gegeben wird, kann sich mit den zahlreichen Abbildungen, Tabellen und Studienboxen auseinandersetzen und darüber ein noch besseres Verständnis für die Problematik erhalten. Fallbeispiele sollen helfen, alltägliche Situationen wieder zu erkennen.

Ich wollte ein Buch schreiben, das sich an den täglichen Problemen orientiert, die in einer gynäkologischen Praxis beim Umgang mit Kinderwunschpaaren auftreten können – ich hoffe, das ist mir gelungen.

Allen Kolleginnen und Kollegen, die mir in der täglichen Zusammenarbeit sowie in meinen Vorträgen und zahlreichen Seminaren durch ihre Anmerkungen und Fragen die Motivation gegeben haben, dieses Buch zu schreiben, gilt mein Dank.

Besonders bedanken möchte ich mich ferner bei Frau Christel Stegen, die in akribischer Weise die Texte wieder und wieder korrigiert hat, mich immer wieder auf Fehler oder Fehlendes aufmerksam gemacht hat und so einen wesentlichen Anteil am Gelingen hatte. Frau Cornelia Martinsen hat die Abbildungen aus meinen Dias in druckbare Vorlagen verwandelt – auch dafür vielen Dank. Schließlich hat Frau Dr. Hella Dierking mir bei der Erstellung der Medikamentenanhänge in dankenswerter Weise geholfen.

Ich hoffe, dass das Buch so Verwendung findet, wie ich es mir gedacht habe – in der täglichen Praxis zur optimalen Behandlung Ihrer Patientinnen und Patienten.

Hamburg, im August 2004
Michael Ludwig

Inhaltsverzeichnis

1	Physiologische Grundlagen	1	3.6.4	Polyzystisches Ovarsyndrom (PCOS)	42
1.1	Einleitung	2	3.6.5	Therapie der Hyperandrogenämie	44
1.2	Stadien der Follikelreifung	2	3.6.6	Metformintherapie bei PCO-Syndrom und kosmetischer Problematik	49
1.3	Aufbau der Gonadotropine	4	3.6.7	Metformintherapie bei PCO-Syndrom und Kinderwunsch	51
1.4	Funktion von LH und FSH	4		Literatur	54
1.5	Wirkung von LH und FSH bei der Follikelreifung	5			
1.6	Regulationsmechanismen im Regelkreis Hypothalamus-Hypophyse-Ovar	8	4	Systematischer Ansatz zur Diagnostik und Therapie bei Kinderwunscha paaren	57
1.7	Inhibine, Aktivine und Follistatin	9	4.1	Einleitung	58
1.8	Die Lutealphase	9	4.2	Anamneseerhebung	58
1.9	Endokrine Lebensphasen der Frau	11	4.3	Infektionsscreening	61
	Literatur	14	4.4	Bedeutung des männlichen Faktors – Spermogramm	62
2	Natürliche Familienplanung	15	4.5	Amenorrhoe	64
2.1	Mittelschmerz	16	4.6	Normales Spermogramm und Oligo-/ Amenorrhoe, Hyperandrogenämie, PCO-Syndrom	65
2.2	Zervikalschleim	16	4.7	Abklärung des Tubenfaktors: Wann und wie?	69
2.3	Basaltemperaturkurve	17	4.8	Bedeutung der Endometriose im Rahmen der Kinderwunschbehandlung ..	72
2.4	Computergestützte Hormonbestimmung und Konzeptionsoptimierung	21	4.8.1	Einleitung	72
	Literatur	21	4.8.2	Bedeutung der Endometriose per se als Sterilitätsfaktor	74
3	Hormonanalytik zur Zyklusdiagnostik	23	4.8.3	Endometriose ohne vorhandenen Kinderwunsch	76
3.1	Follikelphase und Ovulation	24	4.9	Myome	80
3.2	Lutealphaseninsuffizienz	28	4.10	Pathologischer Tubenfaktor	83
3.3	Die eingeschränkte ovarielle Reserve	29	4.11	Idiopathische Sterilität	88
3.4	Hyperprolaktinämie	31	4.11.1	Einleitung und Begriffsbestimmung	88
3.4.1	Hyperprolaktinämie	31	4.11.2	Ursachen der idiopathischen Sterilität	89
3.4.2	Prolaktinome	33	4.11.3	Therapie der idiopathischen Sterilität	92
3.4.3	Medikamentöse Therapie	33	4.12	Auffälliges Spermogramm	95
3.5	Schilddrüse und unerfüllter Kinderwunsch	36	4.13	Einfluss des Faktors »Alter« auf die Therapieentscheidung	101
3.6	Hyperandrogenämie	37	4.14	Einfluss der »Kinderwunschkdauer« auf die Therapieentscheidung	104
3.6.1	Grundsätze	37		Literatur	110
3.6.2	Seltene Differenzialdiagnosen bei Hyperandrogenämie	38			
3.6.2.1	Androgenbildende Tumoren	38			
3.6.2.2	Androgenrezeptordefekt	38			
3.6.3	Adrenaler Enzymdefekt	39			

5 Lebensführung und Konzeptionschancen 113

- 5.1 Einflussfaktor »Nikotinabusus« 114
- 5.2 Einflussfaktor »Übergewicht« 114
- Literatur 117

6 Grundlagen der ovariellen Stimulation 119

- 6.1 Einleitung 120
- 6.2 Finale Follikelmaturation/
Ovulationsinduktion 120
- 6.3 Beurteilung des Endometriums 120
- 6.4 Möglichkeiten der Stimulation 122
 - 6.4.1 Clomifen-Zitrat 122
 - 6.4.2 Gonadotropin-Stimulation 123
 - 6.4.3 Überwachung des Stimulationszyklus .. 127
 - 6.4.4 Protokolle unter Verwendung
von GnRH-Agonisten 128
 - 6.4.5 Protokolle unter Verwendung
von GnRH-Antagonisten 130
 - 6.4.6 Lutealphasenunterstützung 130
 - 6.4.6.1 Einleitung 132
 - 6.4.6.2 Applikation von Progesteron 132
 - 6.4.6.3 Positive Wirkung von transvaginalem
Progesteron 133
 - 6.5 Ovarielles Hyperstimulationssyndrom .. 134
 - 6.5.1 Einleitung 134
 - 6.5.2 Pathogenese des OHSS 136
 - 6.5.3 Therapie des OHSS 136
- Literatur 138

7 Aufklärung zu Schwangerschaft und Geburt nach assistierter Reproduktion 139

- 7.1 Einleitung 140
- 7.2 Risiko von entzündlichen
Komplikationen, ektopen und
heterotopen Schwangerschaften 140
- 7.3 Abortrate nach Sterilitätsbehandlung .. 142
- 7.4 Mehrlingsrisiko 142
- 7.5 Schwangerschaftserkrankungen 144
- 7.6 Risiken bei der Geburt der Kinder 145
- 7.7 Fehlbildungsrate 146

- 7.8 Die Bedeutung des unerfüllten
Kinderwunsches als Risikofaktor
für Schwangerschaft und Geburt 147
- Literatur 149

8 Individuelle Therapieentscheidung 151

- 8.1 Einleitung 152
- 8.2 Beispiele zur Entscheidungsfindung 156
 - 8.2.1 Beratung vor und während
der Entscheidungsfindung
bei einer IVF/ICSI-Behandlung 156
 - 8.2.2 Aufbau eines langfristigen
Entscheidungsbaumes 158
 - 8.2.3 Langdauernder Kinderwunsch 159
 - 8.2.4 Negative Begleitfaktoren 159
 - 8.2.5 Ablehnung der Behandlung
aufgrund gesundheitlicher Risiken 160
 - 8.2.6 Akute prämatüre Ovarialinsuffizienz
(POF; »premature ovarian failure«) 162
 - 8.2.7 Alternative Beratung bei mehreren
Optionen 164
- Literatur 164

9 Anhang 167

- 9.1 Antiandrogene Medikamente
(zur Therapie zugelassen) 168
- 9.2 Prolaktinhemmende Medikamente
(zur Therapie zugelassen) 168
- 9.3 Prolaktinfreisetzende Medikamente 169
- 9.4 Gesetzliche Grundlagen für die
Beratung und Durchführung einer
Kinderwunschbehandlung 173
- 9.5 Umgang mit statistischen Angaben
bei der Entscheidungsfindung 174
- 9.6 Richtlinien des Bundesausschusses
der Ärzte und der Krankenkassen
über ärztliche Maßnahmen zur
künstlichen Befruchtung (»Richtlinien
über künstliche Befruchtung«) 176
- 9.7 Anamnesebögen für Frau und Mann ... 184

Stichwortverzeichnis 193

Physiologische Grundlagen

- 1.1 Einleitung – 2
- 1.2 Stadien der Follikelreifung – 2
- 1.3 Aufbau der Gonadotropine – 4
- 1.4 Funktion von LH und FSH – 4
- 1.5 Wirkung von LH und FSH bei der Follikelreifung – 5
- 1.6 Regulationsmechanismen im Regelkreis
Hypothalamus-Hypophyse-Ovar – 8
- 1.7 Inhibine, Aktivine und Follistatin – 9
- 1.8 Die Lutealphase – 9
- 1.9 Endokrine Lebensphasen der Frau – 11
- Literatur – 14

1.1 Einleitung

▼ Kurzübersicht

Für das Verständnis reproduktionsmedizinischer Fragestellungen sind einige grundlegende Definitionen hinsichtlich der Kinderwunschbehandlung selbst sowie auch hinsichtlich der physiologischen Grundlagen notwendig. Nur so kann ein tieferes Verständnis für die physiologischen und die pathologischen Abläufe entstehen.

1.2 Stadien der Follikelreifung

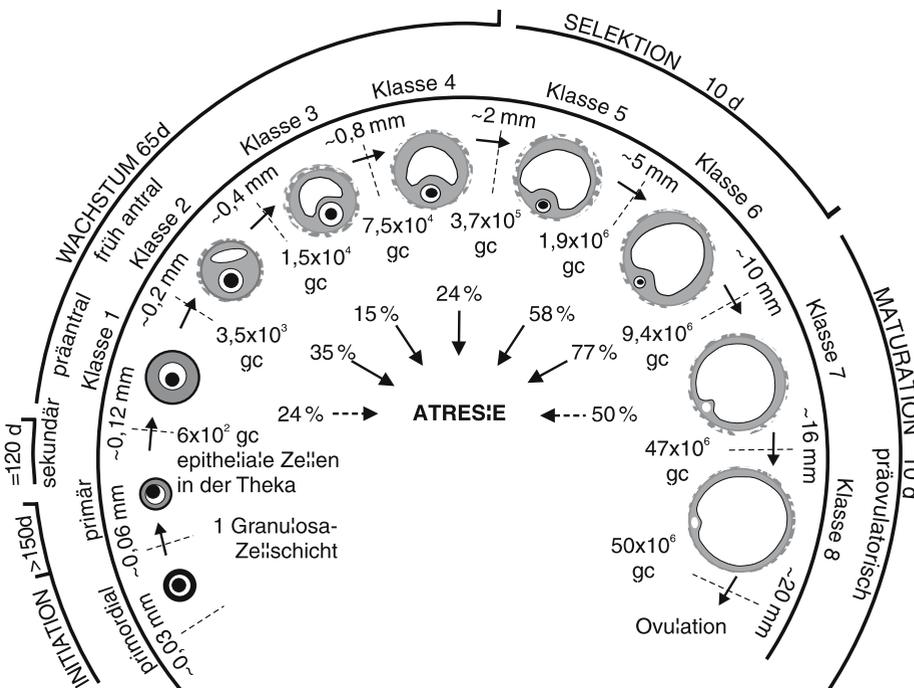
Bei der Follikelreifung unterscheidet man im Ovar vier unterschiedliche Stadien der Follikelentwicklung (■ Abb. 1.1). Am Anfang steht der **Primordialfollikel**, eine Eizelle, umgeben von einem plattenförmigen Epithel. Dieser entwickelt sich weiter zum **Primärfollikel**, der mit einem kubischen einschichtigen Epithel ausgestattet ist.

Im **Sekundärfollikel** besteht das kubische Epithel aus mehr als einer Schicht. Es beginnen sich

um den Follikel herum fischschwarmartig Zellen anzuordnen, die die spätere Thekazellschicht bilden. Das zweite Kompartiment bildet die mehrschichtige kubische Granulosazellschicht, die direkt der Eizelle angelagert ist.

Sobald der Follikel Hohlräume ausbildet, spricht man von einem **Tertiärfollikel**. Diese Hohlräume entstehen im Bereich der Granulosazellen, also des mehrschichtigen kubischen Epithels, und konfluieren zunehmend mit der Reifung des Follikels. Es sind die antralen, weitentwickelten Follikel, die man sonographisch im Ovar als echoarme Strukturen erkennen kann. Eine Sonderform des Tertiärfollikels ist der **Graaf'sche Follikel**. Er ist der direkt sprungbereite, präovulatorische Follikel. Histologisch findet man den **Cumulus oophorus**, eine am Rand gelegene Anhäufung von Granulosazellen, die die Eizelle direkt umschließt. Der Hohlraum im Bereich der Granulosa ist komplett konfluert. Ein Graaf'scher Follikel hat einen Durchmesser von 18 bis 20 mm.

Dieses Schema, welches nunmehr fast 20 Jahre alt ist, mag man stets im Kopf behalten, wenn



■ Abb. 1.1 Einteilung der Follikulogenese. (Nach Gougeon 1986)

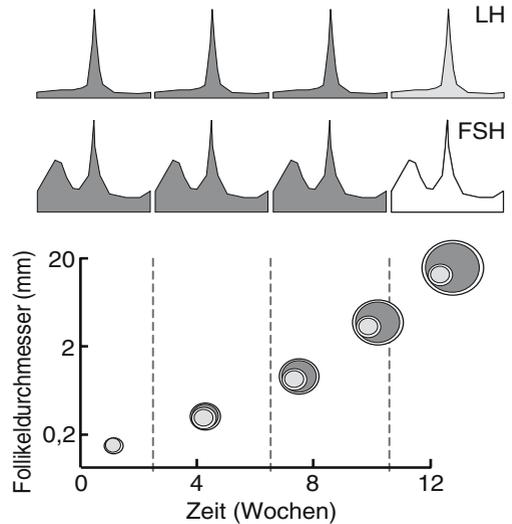
man über eine ovarielle Stimulation oder die Beratung von Kinderwunschpaaren nachdenkt.

Studienbox

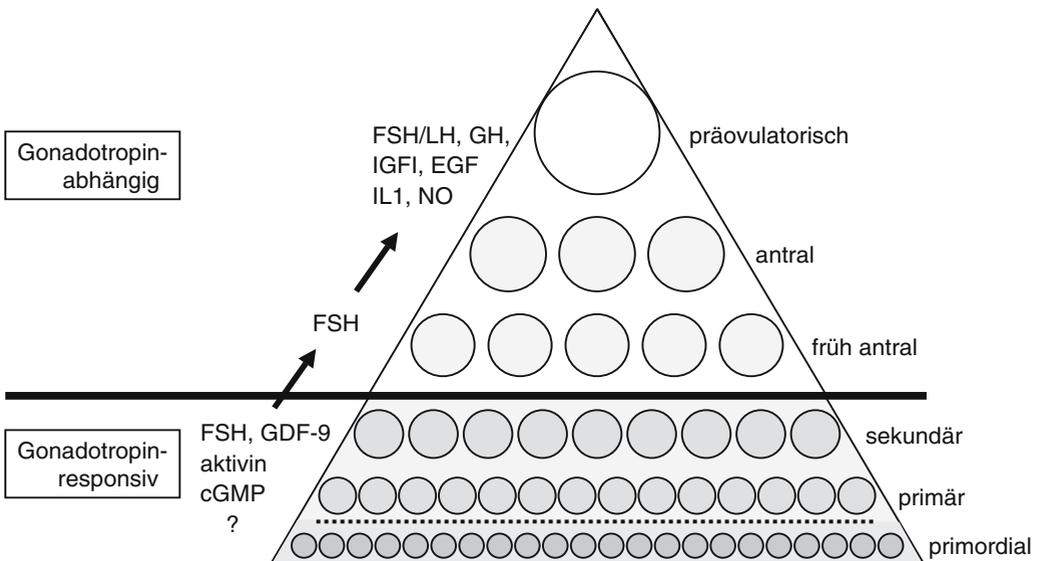
Fraglich ist, warum überhaupt die Follikel zu reifen beginnen. Verschiedentlich wurde in experimentellen Tierversuchen der Einfluss bekannter Faktoren geprüft. So konnten Oktay et al. (1998) zeigen, dass bei Ausschaltung der FSH-Wirkung bei der Maus die Follikelreifung über den Primordial- zum Primär- und Sekundärfollikel unter Ausbildung eines mehrschichtigen kubischen Epithels fortschreitet, allerdings wird sich niemals ein tertiärer, also antraler Follikel entwickeln können. Die FSH-Wirkung – das follikelstimulierende Hormon – ist also für die ersten Schritte der Follikelreifung, die bis zum Sekundärfollikel gehen, und somit etwa zwei Drittel der Gesamtreifung ausmachen, nicht essentiell notwendig.

In dem Schema nach McGee und Hsueh (2000) sind verschiedene andere Faktoren aufgezeigt, die für die Follikelreifung als relevant diskutiert werden (■ Abb. 1.2). Sie müssen nicht gelernt oder behalten werden, sondern sollen lediglich die Vielfalt der Einfluss nehmenden Faktoren demonstrieren. Insgesamt unterscheiden diese

Autoren zwischen einer gonadotropin-responsiven und einer gonadotropinabhängigen Phase, die letztendlich die Ergebnisse von Oktay et al. (1998) widerspiegeln. Das Schema von Hillier (2001) zeigt noch einmal in einer Übersicht den wechselnden Einfluss der Gonadotropine LH und FSH auf die Follikelreifung (■ Abb. 1.3).



■ Abb. 1.3 Zeitlicher Ablauf der Follikulogenese. (Nach Hillier 2001)



■ Abb. 1.2 Steuerung der Follikulogenese. (Nach McGee u. Hsueh 2000)

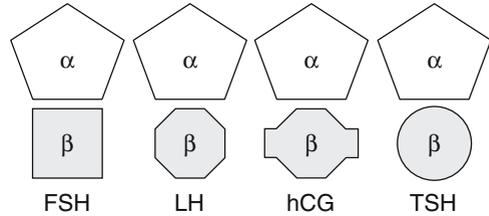
1.3 Aufbau der Gonadotropine

Bevor auf die eigentliche Wirkung der Gonadotropine eingegangen wird, soll an dieser Stelle noch einmal deren prinzipieller Aufbau erklärt werden (■ Abb. 1.4). Grundsätzlich sind die Gonadotropine **FSH** (follikelstimulierendes Hormon), **LH** (luteinisierendes Hormon), **HCG** (humanes Choriongonadotropin) sowie das **TSH** (Thyreoida stimulierendes Hormon) aus einer α - und β -Untereinheit aufgebaut. Die α -Untereinheit ist dabei jeweils dieselbe. Die β -Untereinheit unterscheidet sich und macht die spezifische Wirkung des einzelnen Hormons aus. Wesentlich ist hierbei, dass sich die Strukturen der LH- β -Kette und der HCG- β -Kette stark ähneln, so dass auch das HCG am LH-Rezeptor binden kann und somit in der Lage ist, zum Beispiel eine Ovulation auszulösen. Ebenso ist die Struktur von HCG und TSH sehr ähnlich, so dass in der Frühschwangerschaft nicht selten eine vermehrte Schilddrüsenstimulation durch das ansteigende HCG auftreten kann, die dann zu einer für die frühe Schwangerschaft typischen hyperthyreoten Situation führen kann:

HCG stimuliert die Schilddrüse, diese schüttet vermehrt Schilddrüsenhormone aus, die Steigerung der peripheren Schilddrüsenhormonkonzentration führt zu einer Unterdrückung des TSH.

1.4 Funktion vom LH und FSH

Im wesentlichen funktioniert die LH- und FSH-Wirkung nach dem **Zweizell-Zweigonadotropin-Konzept**. Dies bedeutet, dass LH auf die Thekazelle wirkt und dort zu einer vermehrten Androgenproduktion führt. Die Androgene werden dann in der Granulosazelle zu Östrogenen aromatisiert. Das geschieht unter dem Einfluss von FSH, welches die Aromataseaktivität in der Granulosazelle direkt beeinflusst. Dieses klassische Zweizell-Zweigonadotropin-Konzept ist nur insofern begrenzt richtig, als die Granulosazelle im weiteren Verlauf ihrer Differenzierung zunehmend eigene LH-Rezeptoren ausbildet und somit der weiterentwickelte antrale Follikel (ab ca. 10 mm) auch auf LH reagiert. In diesem



■ Abb. 1.4 Aufbau der Gonadotropine

Stadium hat also LH eine FSH-ähnliche Wirkung! Dies ist für die differenzierte hormonelle Stimulationsbehandlung von außerordentlicher Bedeutung. Ferner wird zunehmend klar, dass **neben der endokrinen Wirkung** verschiedener Hormone, die **parakrine Wirkung**, das heißt, die Wirkung von Hormonen auf direkt benachbarte Zellen, eine wesentliche Funktion der physiologischen Regulation hat. So konnte man z. B. zeigen, dass sich die Aromataseaktivität durch die zur Verfügung gestellte Androgen (Testosteron)-Konzentration positiv beeinflussen lässt. Ferner führt die Inkubation mit Androgenen in den frühen Phasen des Follikelwachstums zu einer Stimulation der Follikelzahl im Tierexperiment (Vendola et al. 1998).

Im Zusammenspiel der Gonadotropine mit der Follikulogenese sind drei Phasen in der abschließenden Reifung während des menstruellen Zyklus zu unterscheiden:

- **Rekrutierung:** Dies bedeutet, dass aus der vorhandenen Zahl antraler Follikel einige ein weiteres Wachstum sowie eine weitere Reifung aufnehmen. Aus welchen Gründen eben diese Follikel selektiert werden, ist komplett unklar.
- **Selektion:** Ein einzelner Follikel wird während des Wachstums und der Reifung die »Oberhand« gewinnen und wahrscheinlich vorwiegend durch parakrine, aber auch endokrine Wirkung zu einer Atresie der kleineren Follikel führen. Die endokrine Wirkung beruht wohl vor allem darauf, dass durch die steigende Östrogen- und Inhibin-B-Konzentration des reifenden Follikels die FSH-Sekretion der Hypophyse unterdrückt wird, so dass sich das endokrine Milieu in den kleineren Follikeln ungünstig verändert.

- **Ovulation:** Aufgrund welcher Parameter der Körper entscheidet, wann eine Ovulation ausgelöst werden soll, ist bisher komplett ungeklärt. Sicherlich spielt eine steigende Östrogenkonzentration mit steigender Inhibin-B-Konzentration eine Rolle, wahrscheinlich existiert ein »Oocyte maturation Inhibitor« (OMI), dessen Konzentration sich ebenfalls verändert. Der schlussendlich maßgebliche Mechanismus, der die endogene Ovulation bedingt, ist jedoch nicht bekannt.

überstieg die Zahl der Follikel von über 10 mm in der Gruppe mit 75 IE rh-LH diejenige in der Gruppe mit 225 IE rh-LH. Insofern wird daraus der möglicherweise nachteilige Effekt einer zu hohen LH-Dosis deutlich. Konsequenterweise wurde eine optimale Endometriumdicke nur unter Einsatz von 75 bzw. 225 IE rh-LH gesehen. Bei den niedrigeren Dosierungen zeigte sich ein Endometrium von maximal 4 mm. Es wird aus dieser Studie klar, dass nur mit einer Konzentration von mindestens 75 IE rh-LH täglich eine suffiziente Follikelreifung zu erwarten ist.

1.5 Wirkung von LH und FSH bei der Follikelreifung

Bereits seit über 10 Jahren ist klar, dass die LH-Aktivität in einer bestimmten Konzentration für eine Follikelreifung und eine suffiziente Eizellqualität absolut notwendig ist. Die Patientin mit einem hypogonadotropen Hypogonadismus baut weder eine ausreichende endogene LH- noch eine endogene FSH-Konzentration auf und ist insofern ein gutes Modell für das Studium der Follikelreifung unter artifiziellen Gonadotropinkonzentrationen.

Studienbox

Die ■ Abb. 1.5, 1.6 und 1.7 zeigen die wesentlichen Ergebnisse der »European Recombinant Human LH Study Group« (1998). Dabei wurden hypogonadotrope hypogonadale Patientinnen mit rekombinantem humanem (rh-) FSH stimuliert. Zusätzlich wurde rekombinantes humanes (rh-)LH in verschiedenen Konzentrationen [0 IE (internationale Einheiten), 25 IE, 75 IE und 225 IE] gegeben. Die Grafiken spiegeln die Ergebnisse der multinationalen, multizentrischen, prospektiv-randomisierten, doppelblinden Studie wider. Es wurde deutlich, dass bei Gabe von 25 IE rh-LH oder keinem LH keine ausreichende Östradiolbildung zu erwarten war. Es fanden sich kaum Unterschiede bei Gabe von 75 oder 225 IE. Allerdings unterschied sich auch die Follikelzahl deutlich, wenn entweder nur 0 oder 25 IE bzw. 75 oder 225 IE rh-LH gegeben wurden. Am Tag der Ovulationsauslösung



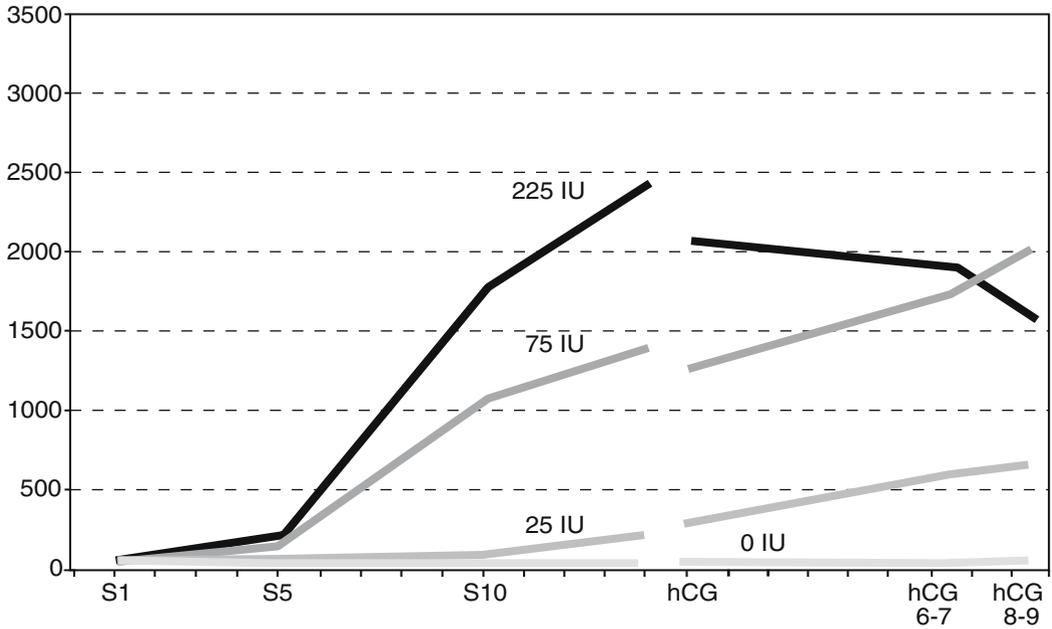
Hillier spricht im Zusammenhang mit den niedrigst notwendigen LH-Spiegeln von der sogenannten »**Threshold«-Hypothese**. Das heißt, es ist ein gewisser Spiegel notwendig, um eine suffiziente Follikelreifung zu erhalten (z. B. 75 IE). Allerdings wird oberhalb eines bestimmten Spiegels durch die LH-Wirkung eine Atresie von Follikeln eingeleitet. Dies bezeichnet man als »**Ceiling«-Hypothese**. Da aber der dominante, selektierte Follikel ab einer bestimmten Größe in den Granulosazellen neben den FSH- auch LH-Rezeptoren ausbildet, ist dieser gegenüber einer erhöhten LH-Wirkung resistent. Hier wirkt das LH/FSH ähnlich und unterstützt die weitergehende Follikelreifung. Konsequenterweise bedeutet dies, dass man bei der Follikelreifung ab einem bestimmten Stadium (ca. 10 mm) die FSH-Wirkung durch LH ersetzen kann.

Studienbox

Dies wurde kürzlich durch ein sehr elegantes Experiment des Italieners Filicori belegt (Filicori et al. 2002). In einer prospektiv-randomisierten Studie wurde mit 150 IE rh-FSH pro Tag stimuliert. Ab dem 7. Tag wurden 4 Gruppen per Zufall (randomisiert) gebildet. In Gruppe A wurde mit 150 IE rh-FSH weiter stimuliert. Gruppe B erhielt 50 IE rh-FSH und 50 Einheiten HCG. Gruppe C erhielt 25 IE rh-FSH und 100 Einheiten HCG. Gruppe D erhielt 200 Einheiten HCG ohne jede zusätzliche FSH-Gabe. Hierbei sollte das HCG aufgrund der oben genannten Ausführungen die LH-Wirkung simulieren. Bei diesem Experiment zeigte sich kein Nachteil für die fortschreitende Follikelreifung. In ■ Abb. 1.8 sind diese Zusammenhänge nochmals dargestellt.

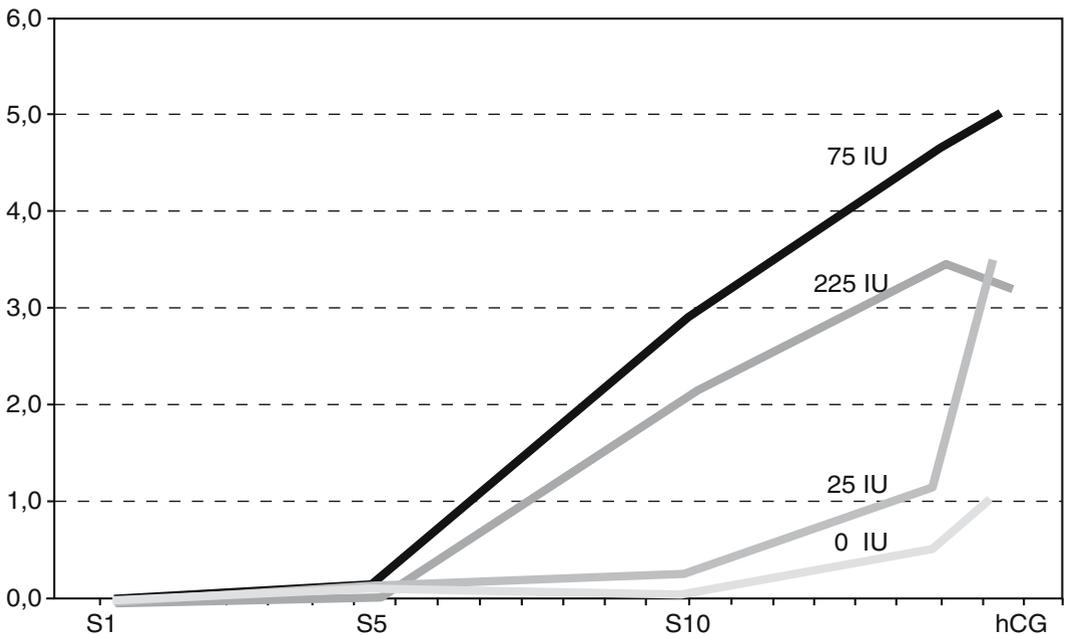
1

E₂ [pmol/L] (Mittelwert ± SEM)



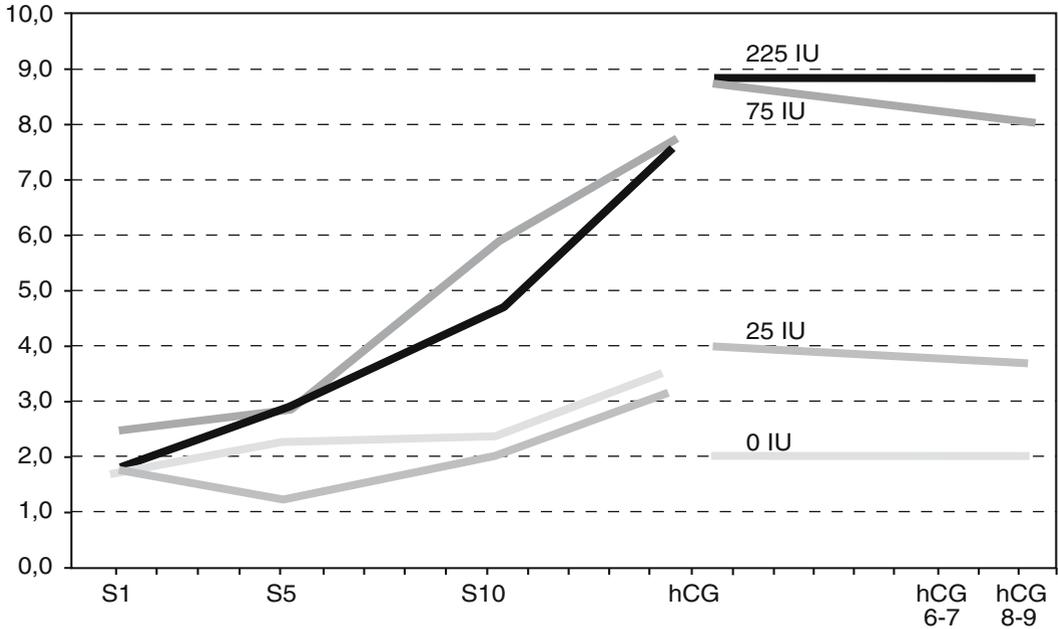
■ **Abb. 1.5** Notwendigkeit von LH bei ovarieller Stimulation bei WHO-Patientinnen. (Nach »European Recombinant Human LH Study Group« 1998)

Anzahl Follikel > 10 mm (Mittelwert ± SEM)

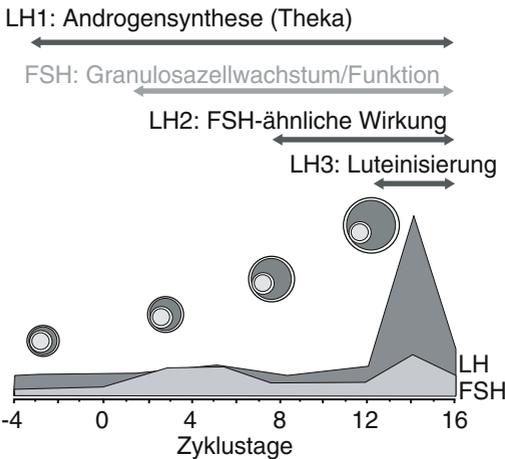


■ **Abb. 1.6** Notwendigkeit von LH bei ovarieller Stimulation bei WHO-Patientinnen. (Nach »European Recombinant Human LH Study Group« 1998)

Endometriumdicke [mm] (Mittelwert ± SEM)



■ **Abb. 1.7** Notwendigkeit von LH bei ovarieller Stimulation bei WHO-Patientinnen. (Nach »European Recombinant Human LH Study Group« 1998)



■ **Abb. 1.8** Wirkung von LH und FSH in Abhängigkeit vom Entwicklungsstadium

LH hat **drei** verschiedene **Wirkungsmechanismen**.

1. Zum einen unterstützt LH die Androgensynthese in den Thekazellen durch die dort ausgebildeten LH-Rezeptoren.
2. Mit zunehmender Follikelreifung wird eine FSH-ähnliche Wirkung möglich dadurch, dass die Granulosazellen ebenfalls LH-Rezeptoren ausbilden. Die LH-Sekretion führt zum anderen dann zu einer Aromataseaktivierung in den Granulosazellen dieser weiterentwickelten Follikel.
3. Zum Dritten schließlich löst das zu Zyklusmitte ansteigende LH die Ovulation aus. FSH hat eine Wirkung auf Granulosazellwachstum sowie die Granulosazellfunktion (Aromataseaktivität).

1.6 Regulationsmechanismen im Regelkreis Hypothalamus-Hypophyse-Ovar

An der Regulation des Ovars sind neben weiteren Faktoren insbesondere Hypothalamus und Hypophyse beteiligt. Auf diese »Mitspieler« konzentrieren sich die **Abb. 1.9a** und **1.9b**, die schematisch in Kürze die Zusammenhänge bei der Wirkung darstellen sollen. Sie erheben mitnichten Anspruch auf Vollständigkeit, sollen jedoch für das grundsätzliche Verständnis der Regulationszusammenhänge, wie sie für die Lektüre dieses Buches notwendig sind, genügen.

Durch die **pulsatil, circhoral freigesetzte GnRH-Sekretion** aus dem Hypothalamus wird die Hypophyse zur Ausschüttung von LH und FSH stimuliert. Wird die GnRH-Pulsatilität durch eine dauerhafte Sekretion ersetzt, führt dies innerhalb weniger Tage zu einer Blockade der Hypophyse. Dies macht man sich therapeutisch z. B. beim Einsatz von GnRH-Agonisten zunutze. Unter physiologischen Umständen stimuliert der Hypothalamus die Hypophyse zur Ausschüttung von LH und FSH. Diese führen zu einem Wachstum und zu einer Reifung von Follikeln im Ovar. Die Follikel sezernieren Östradiol sowie Inhibine. Hierbei ist insbesondere das Inhibin-B interessant. Beide wirken zurück auf die Hypophyse und insbesondere das Inhibin B hemmt die Ausschüttung von FSH (**Abb. 1.9a**). Dies ist der wesentliche Mechanismus, der zunächst zu einer Reifung (Rekrutierung, Selektion) mehrerer Follikel führt, dann aber durch die abnehmende LH/FSH-Konzentration nur noch den großen, dominant wachsenden Follikel unterstützt.

Hat der dominante Follikel eine gewisse Größe erreicht, so kommt es durch die dauerhaft hohe Östradiolkonzentration neben wahrscheinlich anderen, bisher nicht bekannten Mechanismen, zu einer akut einsetzenden Ausschüttung von LH und FSH. Man spricht in diesem Zusammenhang davon, dass der zuvor bestehende **negative Rückkopplungsmechanismus** (Östradiol und Inhibin B unterdrücken die LH- und FSH-Sekretion) zu einem **positiven Rückkopplungsmechanismus** umgepolt wird (Östradiol stimuliert die LH- und FSH-Ausschüttung) (**Abb. 1.9b**). Der

genaue Grund dafür ist aber, wie gesagt, unklar. Durch die Ovulation wird die Eizelle freigesetzt und durch die Tube aufgenommen.

Nach der Ovulation **steigt die Progesteronkonzentration** an und führt zu einer **Unterdrückung der GnRH-Pulsatilität**. GnRH wird dann nicht mehr alle 60 bis 90 Minuten, sondern alle 120 bis 180 Minuten ausgeschüttet (**Abb. 1.9c**). Sobald die Luteolyse einsetzt und die Progesteronwirkung wegfällt, wird die GnRH-Pulsatilität

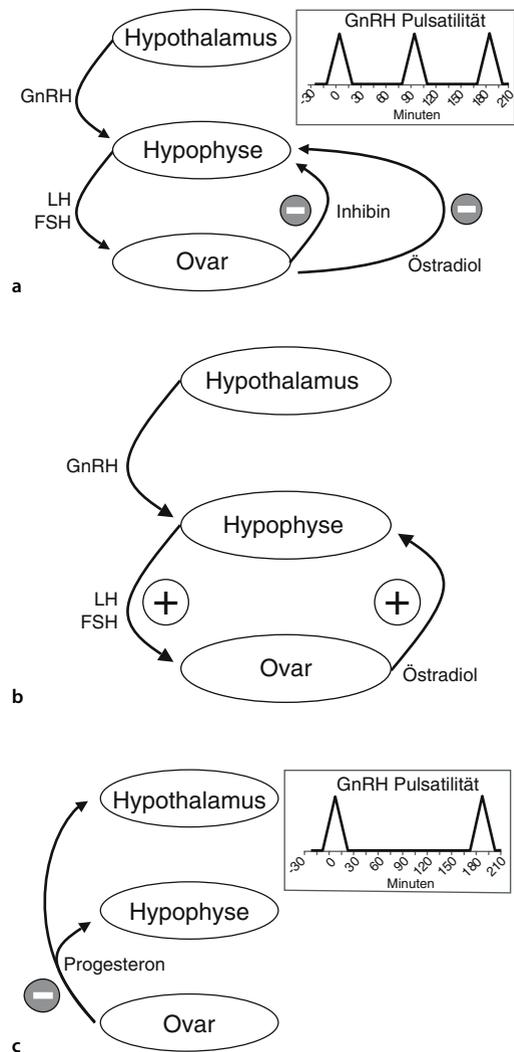


Abb. 1.9a–c. Regulationsmechanismen im Regelkreis Hypothalamus-Hypophyse-Ovar