Gynäk. Rdsch. 1985;25:48-49

Ovulationsauslösung durch subkutan pulsatil zugeführtes Gonadotropin-Releasing-Hormon: Einzelschwangerschaften bei Patientinnen mit vorangegangenen Mehrlingsschwangerschaften nach Gonadotropin-Therapie

D.M.	David M.	Hurley
R.J.	Rhonda J.	Brian
H.G.	Henry G.	Burger

Medical Research Centre and Reproductive Medicine Clinic, Prince Henry's Hospital, Melbourne, Vic, Australia

Das Ausbleiben der Ovulation bei hypothalamischer Amenorrhö ist auf eine Störung der hypothalamischen Sekretion von Gonadotropin-Releasing-Hormon (GnRH) zurückzuführen. Parenteral zugeführtes humanes Gonadotropin ermöglicht in solchen clomiphenzitratresistenten Fällen dennoch die Möglichkeit einer Ovulation und Gravidität, wobei es jedoch in

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln
49

20-30% der Fälle trotz genauester Hormonanalysen zu Mehrlingsschwangerschaften kommen kann. Eine Behandlung durch pulsatil zugeführtes GnRH in geringer Dosierung ermöglicht jedoch einen intakten Rückkopplungsmechanismus Ovar-Hypophyse und verringert dadurch das Risiko in bezug auf Mehrlingsschwangerschaften ganz wesentlich.

In dieser Arbeit aus dem Prinz Henry's Hospital in Australien wird über 3 Patientinnen mit hypothalamisch bedingter Amenorrhö berichtet, welche erfolgreich mit pulsatil zugeführtem GnRH behandelt wurden, wobei 6mal eine Ovulation beobachtet werden konnte und bei allen 3 Patientinnen eine normale Gravidität resultierte. Alle 3 Patientinnen hatten bereits eine Gonadotropinbehandlung (hPG) mit nachfolgenden Mehrlingsschwangerschaften hinter sich. Bei allen 3 Frauen war die sekundäre Amenorrhö vergesellschaftet mit normalen oder niedrigen Gonadotropinkonzentrationen und normalen Prolaktinwerten. In keinem Fall wurden Hirsutismus oder polycystische Ovarien beobachtet, und alle 3 Patientinnen waren clomiphenresistent. Die Frauen wurden auf ambulanter Weise behandelt, wobei mit einem Infusomat, der um die Schulter befestigt war, 0,1 ml synthetisches GnRH in 90minütigen Abständen subkutan infundiert wurde. Es kam nur selten zu lokalen Entzündungen an der Infusionsstelle, und die Infusionskanülen konnten in der Regel 2-9 Tage lang belassen werden. Als Initialdosis wurden 25 und 50 ng/kg GnRH verwendet, was nach Bedarf modifiziert werden konnte. Es wurden regelmäßige Hormonanalysen von Östrogenglucuronid (E[G] und Pregnan diolglucuronid (P2G) im 24-Stunden-Harn sowie kontinuierliche Ultraschallbeobachtungen der Follikelreifung durchgeführt. Die Corpus-luteum-Phase wurde durch 3 intramuskuläre Injektionen von je 1000 U HCG (humanes Choriongonadotropin) alle 3 Tage unterstützt. Schon die sehr geringe Dosierung von 5-10 ng in 90minütigen Abständen führte in 6 Fällen zur Ovulation; die Hormonprofile entsprachen denen eines normalen

ovulatorischen Zyklus, wobei in alien 3 Fallen eine normale Ein-zelschwangerschaft erzielt und 3 gesunde Kinder um den Termin entbun-den werden konnten.

Für die Praxis ist diese Form der Sterilitätsbehandlung zu aufwendig und daher bedeutungslos.

Für die Klinik dagegen bietet diese Methode der Sterilitätsbehandlung bei clomiphenresistenter hypophysärer Amenorrhö einen deutlichen Vor-teil, da durch die Behandlung das erhöhte Risiko von Mehrlingsschwangerschaften offenbar weitgehend ausgeschaltet werden kann.

E. Vytiska-Binstorfer, Wien Ovulation Induction with Subcutaneous Pulsatile Conadotropin-Releasing Hormone: Singleton Pregnancies in Patients with Previous Multiple Pregnancies after Gonadotropin Therapy