Die übliche intravenöse pulsatile GnRH-Therapie führt beim Syndrom des polyzystischen Ovars nicht zur Ovulation

J.M.	Janet M.	Wilson
A.I.		Traub
B.		Sheridan
W.		Thompson
A.B.		Atkinson

Royal Maternity Hospital, Sir George E. Clark Metabolic Unit, Royal Victory Hospital and Department of Midwifery and Gynaecology, The Queen's University of Belfast, Northern Ireland

Aufgrund der Tatsache, dass die diagnostischen Kriterien für das Syndrom des polyzystischen Ovars (PCO) in zahlreichen Arbeiten, welche sich mit der Möglichkeit der intravenösen pulsatischen GnRH-Therapie beschäftigen, nicht streng definiert erscheinen und darüber hinaus die Ergebnisse widersprüchlich sind, hat diese Arbeitsgruppe sich entschlossen, bei einer

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln
39

Gruppe von Patientinnen die Rolle der intravenösen GnRH-Therapie bei gewissenhaft definiertem PCO-Syndrom zu überprüfen. Zu diesem Zwecke wurden 5 Frauen mit Kinderwunsch bei einer Infertilitätsdauer von 1 bis 6 Jahren ausgewählt. 4 von 5 zeigten primäre Sterilität, 2 von 5 Hirsutismus. 3 hatten sekundäre Amenorrhö, 2 Zyklen in der Dauer von 2 bis 4 Monaten. Bei allen Frauen war eine Ovulationsauslösung mit Clo-miphenzitat nicht möglich. Bei 3 Frauen konnten die vergrößerten Ovarien getastet werden. 2 Frauen zeigten Adipositas. Bei allen 5 Patientinnen konnte ultrasonographisch die bilaterale Vergrößerung der Ovarien festgestellt werden. Bei allen 5 Frauen lag ein FSH-LH-Verhältnis von über 2 zu 1 vor. Die DHEA-S, aber auch die Testosteronkonzentrationen waren grenzwertig oder lagen über der Norm. Die Androstendionkonzentrationen waren alle erhöht. Die Funktion der Adenohypophyse war unauffällig, wie der DHEA-Test bestätigte. Die Überprüfung der Wirkung der angewendeten intravenösen GnRH-Therapie erfolgte sowohl durch Ultraschallmonitoring am Ovar als auch durch Bestimmung der FSH-, LH-, Östradiol- und Progesteronkonzentrationen sowie Bestimmung des FSH-LH-Verhältnisses und der Androgenbestimmung.

In keinem der Fälle konnte eine Ovulation erreicht werden. Obwohl in 4 Fällen ein für die Ovulation notwendiger Östradiolwert erreicht werden konnte, entwickelte sich in keinem Fall ein dominanter Follikel und es waren keine Progesteronwerte über 30 nmol/l zu erreichen. In 6 von 7 Behandlungszyklen konnte nicht einmal eine Konzentration von 3 nmol/l Serumprogesteron überschritten werden. 2 Fälle zeigten Durchbruchblutungen.

Die Arbeitsgruppe ist der Meinung, dass das Erreichen einer Ovulation mittels pulsativer GnRH-Therapie nicht möglich sein kann, da das gestörte FSH-LH-Verhältnis eher ein sekundäres als ein primäres Phänomen des PCO-Syndroms darstellen dürfte. So gesehen, kann eine pulsatile

GnRH-Zufuhr in 90minütigen Abständen nicht fähig sein, ein gestörtes pulsatile Frequenzbild zu beeinflussen. Auch stellt der zusätzliche Anstieg der Androgenkonzentrationen, welcher im Rahmen dieser Studie festgestellt werden konnte, sicherlich einen zusätzlichen Störfaktor für eine Follikelreifung dar.

Für die Praxis und Klinik lässt sich ableiten, dass die pulsatile GnRH-Therapie zur Ovulationslösung nicht empfohlen werden kann. Kombinationen mit HMG-Therapie oder reiner FSH-Therapie oder mit einer niedrigdosierten pulsatilen GnRH-Therapie wie auch vor allem der Keilresektion lassen eine grössere Erfolgsrate erwarten.

M. Metka, Wien Conventional Dose Intravenous Pulsatile GnRH Therapy Does Not Induce Ovulation in Polycystic Ovarian Disease