

Journal für

# Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

## News-Screen Assistierte Reproduktion

Walch K

*Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2012; 6 (2)*

*(Ausgabe für Österreich), 22-23*

*Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2012; 6 (2)*

*(Ausgabe für Schweiz), 31-32*

**Offizielles Organ der Österreichischen  
IVF-Gesellschaft**

**Offizielles Organ der Österreichischen  
Menopause-Gesellschaft**

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

[www.kup.at/gynaekologie](http://www.kup.at/gynaekologie)

Member of the



**Homepage:**

[www.kup.at/gynaekologie](http://www.kup.at/gynaekologie)

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. h. b. GZ072037636M · Verlagspostamt: 3002 Parkersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz



# cobagin<sup>®</sup>

## Suspension

Das Natürliche vollkommene Intimpflege Konzept

Präventiv • Begleitend • Nachsorgend

### Treffen Sie eine Entscheidung für das Wohl Ihrer Patientinnen

- » Hormonfrei, ohne Silikone und austrocknender Paraffine
- » Funktionseiwiese bilden eine selektive Barriere und fördern die Regeneration der Epithelien
- » Anhaltend feuchtigkeitsspendend, ohne an der Kleidung zu kleben und ohne unangenehmes Nässeempfinden

### Eine einzigartige Komposition aus

- » Natürlich regulierenden Proteinen
- » Entspannendem Orangenschalenöl
- » Sonnenblumen – und Jojobaöl
- » Antibakteriellem Rosmarinöl
- » Regenerierendem Lavendelextrakt
- » Förderndem Lavendelöl

### cobagin Suspension ist geeignet bei

- » Unspezifischen Reizungen
- » Wiederkehrenden Irritationen
- » Trockener und rissiger Epithelien
- » Medikamentösen Therapien-  
Begleitend als Intimpflege

Von jeder Apotheke über Grosshändler als Dispo-Artikel bestellbar.

Fordern Sie weitere Informationen und Muster an.



 DE-PZN: 7635173

 AT-PZN: 4009417

 Pharmacode: 5082936

# News-Screen Assistierte Reproduktion

K. Walch

## ■ Deep Infiltrating Endometriosis is a Determinant Factor of Cumulative Pregnancy Rate After Intracytoplasmic Sperm Injection/In Vitro Fertilization Cycles in Patients with Endometriomas

Ballester M, et al. *Fertil Steril* 2012; 97: 367–72.

### Abstract

**Objective:** To evaluate the cumulative pregnancy rate (CPR) per patient after in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection (IVF-ICSI) cycles in patients with endometriomas and to evaluate the determinant factors of CPR per patient.

**Design:** Retrospective study from January 2007 to October 2008. **Setting:** Tertiary care university hospital. **Patient(s):** 103 patients who had undergone IVF treatment, comprising isolated endometriomas ( $n = 30$ ) and endometriomas with associated deep infiltrating endometriosis (DIE) ( $n = 73$ ). **Intervention(s):** None. **Main Outcome Measure(s):** Clinical pregnancy rate after IVF-ICSI cycle. **Result(s):** The total number of cycles was 162, and the median number of cycles per patient was 1 (1 to 5). Fifty-eight women (56.3 %) became pregnant. The total number of endometriomas and size of the largest endometrioma and bilateral endometriomas had no impact on the CPR per patient. Using multivariable analysis, the associated DIE and antimüllerian hormone serum level ( $\leq 1$  ng/mL) were independent factors associated with a decrease in the pregnancy rate per patient. Overall, the CPR per patient was 73.7 %, and it increased until the third cycle with no benefit for additional cycles. The CPR per patient for women with isolated endometriomas and women with endometriomas and associated DIE was 82.5 % and 69.4 %, respectively. **Conclusion(s):** Associated DIE has a negative impact on assisted reproduction results in patients with endometriomas. Moreover, our data show that after three IVF-ICSI cycles the CPR per patient is not improved and that surgery should be considered.

### Zusammenfassung und Relevanz für die Praxis

In dieser retrospektiven französischen Studie wurde die kumulative Schwangerschaftsrate (CPR) nach IVF/ICSI-Behandlung an insgesamt 103 Patientinnen mit Endometriose untersucht: 30 Frauen zeigten isolierte Endometriome (ein- oder beidseitig, im Mittel 2 Zysten mit durchschnittlichem Durchmesser von 33 mm), 73 hatten zusätzlich tief-infiltrierende Endometriose (DIE). Die Diagnose wurde mittels klinischer Untersuchung, transvaginalen Ultraschall und MRT-Untersuchung gestellt. Die COH erfolgte in unterschiedlichen Protokollen (Long-, Short- oder Antagonistenprotokoll); HCG-Gabe, Follikelpunktion, Eizellkultur und Tag-2/3-Transfer wie an der Pariser Universitätsklinik üblich. Ein Teil der Frauen war aufgrund der Endometriose voroperiert (43,3 % in der Endometriom-Gruppe, 56,1 % in der DIE-Gruppe).

Weder Anzahl noch Größe oder Lokalisation der Endometriome hatte einen Einfluss auf die CPR pro Patientin, wohingegen

zunehmendes Alter (insbes. > 35 Jahre), niedriger AMH-Spiegel ( $< 1$  ng/ml) und DIE negativ mit der CPR assoziiert waren.

Die „Overall-CPR“ lag bei 73,7 % pro Patientin – ohne zusätzliche Steigerung nach 3 Zyklen.

Die Subgruppenanalyse ergab bei Frauen mit isolierten Endometriomen eine CPR von 94,5 % in der Gruppe der < 35-Jährigen (ohne zusätzliche Steigerung nach 2 Zyklen), bei den > 35-Jährigen eine CPR von 42,9 % (ohne Steigerung nach dem 1. Zyklus). Lagen Endometriome und DIE vor, so betrug die CPR bei den < 35-Jährigen 100 % (mit Steigerung bis zum 4. Zyklus), bei Frauen > 35 Jahren lediglich bei 25,9 % (ohne Benefit nach 2 Zyklen).

Trotz einiger „Schwächen“ (retrospektiver Charakter, keine Information über zusätzliches Vorliegen peritonealer Endometriose, heterogenes Kollektiv – z. T. voroperiert, z. T. nicht), halte ich diese Studie für sehr interessant und wichtig für die tägliche Praxis und Beratung betroffener Frauen:

Bei isoliertem Vorliegen von Endometriomen ist ein operativer Eingriff vor ART demnach eher nicht sinnvoll – in dieser Gruppe ist das Alter der Patientin der entscheidende prognostische Faktor und sollte bei Diskussion der verschiedenen therapeutischen Optionen berücksichtigt werden, wohingegen Frauen mit DIE – insbesondere wenn sie > 35 Jahre sind und bereits 2 erfolglose IVF-Versuche hinter sich haben – von einem operativen Eingriff profitieren dürften.

## ■ Pregnancy Outcome in Women with Endometriomas Achieving Pregnancy Through IVF

Benaglia L, et al. *Hum Reprod* 2012 [Epub ahead of print].

### Abstract

**Background:** There is a growing consensus that ovarian endometriomas should not be systematically removed in women selected for IVF. However, some recent evidence suggested that the presence of these cysts may negatively affect the course of pregnancy. **Methods:** We set up a multicenter retrospective cohort study, including two infertility units. We analyzed data from patients achieving singleton clinical pregnancies through IVF comparing the pregnancy outcome between 78 pregnant women with endometriomas at the time of IVF and 156 patients who achieved pregnancy through IVF without endometriomas. **Results:** The number of live births in women with and without endometriomas were 61 (78 %) and 130 (83 %), respectively ( $P = 0.39$ ). The adjusted odds ratio (OR) of live birth in affected cases was 0.79 [95 % confidence interval (CI): 0.38–1.68]. No differences were observed in late pregnancy and neonatal outcomes between the two groups. In particular, the rate of preterm birth and small-for-gestational age (SGA) was similar. The adjusted ORs were 0.47 (95 % CI: 0.14–1.54) and 0.56 (95 %

CI: 0.12–2.56), respectively. **Conclusions:** Women with endometriomas achieving pregnancy through IVF do not seem to be exposed to a significant increased risk of obstetrical complications.

### Zusammenfassung und Relevanz für die Praxis

In dieser retrospektiven, multizentrischen (ein Zentrum in Madrid, eines in Mailand) Kohortenstudie wurde der Schwangerschaftsverlauf bei Frauen nach standardisierter IVF/ICSI-Behandlung untersucht. Alle Frauen hatten eine Einlingschwangerschaft (definiert als intrauteriner Gestationssack 4 Wochen nach Embryotransfer). 78 Frauen hatten während und nach der IVF/ICSI-Behandlung Endometriome gezeigt (durchschnittlicher Durchmesser 22 mm; 55 % waren einmal, 8 % bereits mehrfach voroperiert); 156 (age-matched, 2:1) waren nach ART schwanger geworden, hatten jedoch kein Endometriom (Vergleichsgruppe). Frauen in der Endometriom-Gruppe hatten durchschnittlich höhere Tag-3-FSH-Werte und benötigten höhere Gonadotropindosen im Rahmen der COH, wobei vergleichsweise weniger Eizellen bei Follikelpunktion gewonnen werden konnten. Die Anzahl der transferierten Embryonen war jedoch in beiden Gruppen vergleichbar. Die Lebendgeburtenrate (LBR) betrug 78 % in der Endometriomgruppe und 83 % in der Vergleichsgruppe. Schwangerschaftsverlauf und neonatologisches Outcome wurden anhand der Parameter Frühgeburtlichkeit (vor SSW 37), SGA (< 10. Perzentile), Geburtsgewicht < 2500 gr, schwere Schwangerschaftskomplikationen

(Präeklampsie, Placenta praevia, vorzeitige Plazentalösung, Wachstumsretardierung und Makrosomie), Kaiserschnitt und neonatologische Komplikationen (Asphyxie, Hydronephrose, nekrotisierende Enterokolitis, Hüftluxation, Hypospadie und zerebrale Malformation) gestellt. Für all diese Parameter bestand kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

Während frühere Publikationen auf höhere Rate geburtshilflicher Komplikationen bei Frauen mit Endometriose hinweisen, konnte dies in der vorliegenden Arbeit in einem Kollektiv von Frauen mit Endometriomen nicht bestätigt werden.

Da man aufgrund rezenter Daten bei Kinderwunschpatientinnen zunehmend restriktiver wird in Bezug auf operative Eingriffe an den Eierstöcken (und somit auf einen potenziell negativen Effekt auf die ovarielle Reserve), ist diese Arbeit – trotz einiger Schwächen (kleine Fallzahl, relativ kleine durchschnittliche Größe der Endometriome und fragliche Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Frauen mit größeren Zysten) – meiner Meinung nach äußerst wichtig und interessant.

### Korrespondenzadresse:

PD Dr. Katharina Walch

Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Universitätsklinik für Frauenheilkunde

Medizinische Universität Wien

A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20

E-Mail: [katharina.walch@meduniwien.ac.at](mailto:katharina.walch@meduniwien.ac.at)

## 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](#)

## Fachzeitschriften zu ähnlichen Themen:

- ➔ [Journal für Gynäkologische Endokrinologie](#)
- ➔ [Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie](#)
- ➔ [Journal für Urologie und Urogynäkologie](#)
- ➔ [Speculum](#)

Besuchen Sie unsere Rubrik  [Medizintechnik-Produkte](#)



CTE2200-Einfriersystem  
MTG Medical Technology  
Vertriebs-GmbH



C200 und C60 CO<sub>2</sub>-Inkubatoren  
Labotect GmbH



Hot Plate 062 und Hot Plate A3  
Labotect GmbH



OCTAX Ferti Proof-Konzept  
MTG Medical Technology  
Vertriebs-GmbH