

# Follikelstimulation

## bei hypergonadotroper Ovarialinsuffizienz (= Schema Estrifam)

Bei hypergonadotroper Situation (FSH-Basalwert > 20 mIU/ml) ist in der Regel keine Follikelreifung induzierbar. Mitunter gelingt jedoch die Aktivierung der ovariellen Reservefunktion durch eine passagere Hormonsubstitution (Suppression der Gonadotropinwerte, Aktivierung von Östrogenrezeptoren?).

**Therapieschema:**

- 2x2 mg Estradiol (z.B. **2x1 Tablette Estrifam**) täglich über einen Zeitraum von 28 Tagen (2 OP)
- ab 15. Einnahmetag zusätzlich 2x 200 mg Progesteron täglich (z.B. **2x2 Kapseln Utrogest intravaginal**)
- 8-10 Tage nach Absetzen der Medikation (ca. 5.-7. Zyklustag): Kontrolle von FSH, LH, E-2 Sonographie.

Falls FSH < 20 mIU/ml, LH < 10 mIU/ml, E-2 < 50 mIU/ml sowie sonographischer Befund: **keine Cysten** (ideal wäre der Nachweis ovarieller Funktionszeichen - kleine Follikel 3-8 mm), dann Stimulation mit 150 – 200 IU FSH (z.B. Gonal F 150, Puregon 200 oder Fertinorm 150) oder 2-3 Ampullen HMG täglich ab ca. 7. Zyklustag für zunächst 5 Tage; gleichzeitig Einnahme von 1 Tablette Estrifam sowie evtl. 100 mg Aspirin täglich (z.B. ASS 100).

Kontrolle am 6. Stimulationstag (Sonographie, FSH, LH, E-2, Progesteron). Falls sonographisch Follikelaktivität erkennbar und FSH < 30-40 mIU/ml (je nach Stimulationsdosis und Intervall zur letzten Medikation), Fortsetzung der Stimulation, gegebenenfalls mit adaptierter Dosis.

Sobald Leitfollikel  $\geq$  12 mm, zusätzlich Cetrotide 0,25 mg (GnRH-Agonist) täglich bis zur Ovulationsauslösung zur Unterdrückung eines vorzeitigen LH-Anstiegs.

### Kriterien zur Ovulationsauslösung:

- Leitfollikel  $\geq$  16-17 mm
- E-2 pro Follikel > 15 mm: mindestens 130-150 pg/ml
- LH < 10 mIU/ml
- Progesteron < 1,0 ng/ml

Follikelpunktion bzw. Ovulation erfolgt ca. 36 bis 42 Stunden später (sofern kein LH- und Progesteronanstieg zum Zeitpunkt der HCG-Gabe).