

Beeinträchtigt eine peritoneale Endometriose die Fertilität?

Ein munterer Schlagabtausch zur Frage, ob die peritoneale Endometriose die Fertilität beeinträchtigt oder nicht, lieferten sich Prof. Ariane Germeyer aus Heidelberg und Dr. Klaus Bühler aus Saarbrücken.

Wie Bühler ausführte, ist die natürliche Fertilität bei Frauen mit minimaler oder leichter Endometriose im Vergleich zu Frauen mit ungeklärter Unfruchtbarkeit verringert. Minimale oder leichte Endometriose fand sich demnach häufig bei subfertilen Frauen mit ungeklärter Unfruchtbarkeit. Dem hielt Germeyer entgegen, dass in der entsprechenden Studie nur Frauen mit intraoperativ histologisch gesicherter Endometriose analysiert wurden. Eine Kontrollgruppe ohne histologisch gesicherte Endometriose wurde nicht betrachtet. Zudem war die Definition von Infertilität in der Studie ungenügend: Sie beruhte auf dem rein anamnestisch erhobenen Kriterium, zwölf Monate keine Konzeption angewendet zu haben.

Andere Infertilitätsfaktoren (inklusive der andrologischen Fertilität) wurden nicht beachtet. Vielmehr kristallisierte sich das Lebensalter als Prognosefaktor für Endometriose-bedingte Infertilität heraus: Frauen unter 32 Jahren hatten dafür ein höheres Risiko (Odds Ratio 1,9; 95 %-Konfidenzintervall 1,4–2,4) [Santulli P et al. Hum Reprod. 2016; 31:1765-75].

Erfolgsrate bei IVF abhängig von Endometriose?

Bühler diskutierte verschiedene Faktoren, über die eine Endometriose Subfertilität beeinflusst beziehungsweise bewirkt, darunter:

- eine ovarielle und endokrine Dysfunktion,
 - Störungen des „ovum pick-up“, eine Störung des Gametentransports.
- Germeyer hielt entgegen, dass Frauen mit oder ohne Endometriose bei der In-Vitro-Fertilisation (IVF) identische Erfolgsraten aufweisen wie Frauen mit tu-

barem Faktor. Eine Studie ergab zudem, dass bei einer eingeschränkten ovariellen Reserve die Lebendgeburtenrate nach IVF abhängig vom Lebensalter der Patientin und nicht von der zugrunde liegenden Ursache ist [Yang X et al. BJOG. 2016;123(Suppl 3):76-81].

Lebensalter und ovarielle Reserve bleiben entscheidende Faktoren

Beide Referenten konnten sich schließlich auf einen gemeinsamen Nenner einigen: Die wichtigsten prognostischen Faktoren für die Chance, schwanger zu werden, bleiben das Lebensalter der Patientin und die ovarielle Reserve. Obwohl bei der minimalen Endometriose weniger Eizellen in IVF-Zyklen gewonnen werden, gibt es in Studien widersprüchliche Ergebnisse zu den Chancen für eine Schwangerschaft und den Lebendgeburtenraten. Deshalb müsse weiter abgeklärt werden, ob und in welcher Weise sich eine minimale oder leichte Endometriose auf die Fertilität auswirkt. *Kathrin von Kieseritzky*

Präsentation „Kontroversen bei Endometriose und Sterilität“

Maternale Adipositas schadet Mutter und Kind

Die Risiken, mit denen Adipositas in der Schwangerschaft einhergeht, sind groß. Prof. Ute Schäfer-Graf, Berlin, plädierte deshalb für die Aufnahme einer strukturierten Ernährungs- und Lebensstilberatung in die Mutterschaftsrichtlinien ebenso wie für ein Frühscreening auf Diabetes mellitus bei Schwangeren mit Adipositas noch im ersten Trimenon.

Einerseits ist die maternale Adipositas mit einer höheren Rate struktureller Fehlbildungen gewisser Organsysteme beim Feten assoziiert. Andererseits sei bei adipösen Schwangeren gerade die Ausschlussdiagnostik von Fehlbildungen im ersten und zweiten Trimenon erschwert, so Prof. Ulrich Gembruch, Bonn. Besonders schwierig gestaltet sich demnach die Bildgebung in der pränatalen Diagnostik. Die höheren Eindringtiefen schwächen die Ultraschall-

strahlen besonders stark ab, niedere Einschallfrequenzen sind erforderlich, was wiederum zu einer schlechteren Auflösung führt. Dies betrifft B-Bild, Farbdoppler- und Dopplersonografie. Die schlechtere Bildqualität beeinträchtigt die detaillierte Fehlbildungsauschlussdiagnostik und die fetale Echokardiografie.

Bei adipösen Schwangeren findet sich zudem vermehrt maternale cfDNA, sodass der Anteil fetaler cfDNA an der bei steigendem Körpergewicht und Body-Mass-Index (BMI) zunehmenden Gesamt-cfDNA im maternalen Blut abnimmt. Die fetale cfDNA stammt von apoptotischen Trophoblastzellen, die maternale cfDNA überwiegend von apoptotischen hämatopoetischen Zellen.

Darüber hinaus korrelieren der BMI und speziell die Dicke des Fettgewebes der vorderen Bauchwand mit dem Auf-

treten maternaler und perinataler Komplikationen.

Auch Prof. Markus Schmidt aus Duisburg führte aus, welche erhöhten Risiken für Mutter und Kind bei maternaler Adipositas bestehen: Die Rate spontaner wie habitueller Aborte ist erhöht, Frühgeburten vor der 28. Schwangerschaftswoche sind keine Seltenheit, das Risiko für Präeklampsie ist mehr als siebenfach erhöht, venöse Thrombembolien sind keine Seltenheit auch die psychische Gesundheit der werdenden Mutter ist oft beeinträchtigt, die Rate an Fehlbildungen bei den Kindern (Neuralrohrdefekte, Spina bifida, Hydrocephalus und andere) ist erhöht, perinatale Komplikationen (zum Beispiel Sectio, maternale Infektion, Schulterdystokie, erhöhtes oder erniedrigtes Geburtsgewicht) treten häufiger auf.

Kathrin von Kieseritzky

Präsentation „Adipositas: Was bedeutet die Zunahme für die Praxis?“