

VAKGROEP GYNAECOLOGEN GELDERSE VALLEI

PROTOCOL STIMULATIE GONADOTROFINEN OVULATIE-INDUCTIE

Start stimulatie

Bij voorkeur wordt gestart direct na aanvang van een spontane menstruatie.

Bij een (zeer) irregulaire cyclus worden eerst echoscopisch bijzonderheden uitgesloten, vervolgens wordt een progesteronwaarde in het serum bepaald

Waarde >3-4 nmol/l: ovulatie gehad: wachten op spontane menstruatie;

Waarde < 3-4 nmol/l: geen ovulatie gehad: patiënte start met medicatie om een onttrekkingsbloeding op te wekken, bijv. Orgametril® 5 mg 1 dd1 gedurende 5 dagen of Provera® 5-10 mg 1-2 dd gedurende 5-10 dagen.

Op dag 1, 2 of 3 van de cyclus wordt op indicatie een uitgangsechoscopie verricht. Dit wordt gedaan o.a. om bestaande cysten uit te sluiten, ook wordt de dikte van het endometrium beoordeeld.

Stimulatie

- RecFSH (GonalF®) in low-dose-step-up-schema (LDSU)
- Op dag 3 wordt gestart met recFSH 50 IE. Alternatief is 75 IE urinair FSH (Menopur®). NB: indien patiënte van zichzelf vrijwel geen cyclus heeft, kan ook later gestart worden; voorwaarde is dan wel dat het endometrium dun is.
- Zeven dagen later, dus op cyclus dag 10, wordt een echoscopie verricht. Alle follikels ≥ 10 mm worden genoteerd. Verder wordt de DED gemeten en genoteerd.
- Na deze meting komt patiënte, afhankelijk van de grootte van de follikels na 3 a 4 dagen terug voor het maken van een echo; dit beleid wordt vervolgd totdat de dominante follikel een diameter van 15 mm heeft bereikt; vervolgens wordt na 1 of 2 dagen een echo gemaakt totdat de dominante follikel een diameter van ongeveer 18 mm heeft bereikt. Alle follikels met een diameter ≥ 10 mm worden genoteerd.
- Bij onvoldoende respons (dwz geen follikels ≥ 10 mm) wordt de dosis na 14 dagen van stimulatie opgehoogd naar dagelijks 75 IE recFSH (of 112,5 IE urinair FSH). Eventueel vooraf E2 bepaling. Indien E2 lager dan 200 pmol/L ophogen met 25 IE.
- Indien nodig wordt de dosis elke 7 dagen verhoogd met of 25 IE recFSH (of 37,5 IE urinair FSH). Maximale doses zijn 150 IE recFSH (of 225 E urinair FSH). NB een dergelijke hoge dosis is zeldzaam).
- Streef naar monofolliculaire ovulatie.
- Bij multifolliculaire groei, zeker in een 1e of 2e cyclus, wordt afgezien van hCG; cancel en coitusverbod. Indien er al meerdere kansen op zwangerschap zijn geweest, wordt gewezen op het meerlingrisico en kan in overleg met paar wel tot hCG toediening over gegaan worden.

Timing ovulatie:

- hCG 5.000 IE wordt toegediend indien de dominante follikel een grootte van ongeveer 18 mm heeft bereikt. Bij 2 dominante follikels wordt het meerlingrisico besproken.
- Coïtus advies: 2x met interval van 24 uur, circa 12 en 36 uur na toediening hCG; het heeft dan voorkeur om het hCG in de ochtend toe te dienen.
- In geval van inseminatie: 's avonds hCG toediening; inseminatie vindt plaats 24-36 uur na hCG-gift

Afbreken van de cyclus:

- De cyclus wordt gestaakt als er meer dan 3 follikels ≥ 12 mm zijn. In een dergelijk geval mag geen hCG worden toegediend en wordt een contraceptie-advies en/of coïtusverbod gegeven. Men kan middels dosisverlaging nog een poging doen om de respons bij te sturen.
- Indien na 28 dagen stimuleren geen meetbare follikelrespons is opgetreden wordt de stimulatie gestaakt en met een hogere startdosering overnieuw begonnen (uiteeraard weer na een onttrekkingsbloeding)

Vakgroep gynaecologen Gelderse Vallei**September 2015****Revisie februari 2020**