

LUTEALE FASE EN ONDERSTEUNING

Spontane cyclus

De luteale fase is de fase waarin het endogene progesteron in staat is een secretoir endometrium in stand te houden en een normaal embryo te laten implanteren en te laten groeien.

Volgens de ASRM (2015): 'lengte doet er niet toe' en zijn er 'geen aanwijzingen voor een bepaalde minimale progesteron concentratie en het kan per cyclus wisselen'

Mogelijk kan een korte luteale fase de fertiliteit in die cyclus negatief beïnvloeden, echter na 12 maanden is er geen sprake van vaker voorkomen van infertiliteit. (Crawford; fertil Steril 2017)

Toedienen van progesteron in de 2^e helft van de cyclus kan de luteale fase verlengen, maar verbetert de zwangerschapskansen niet. (ASRM 2012)

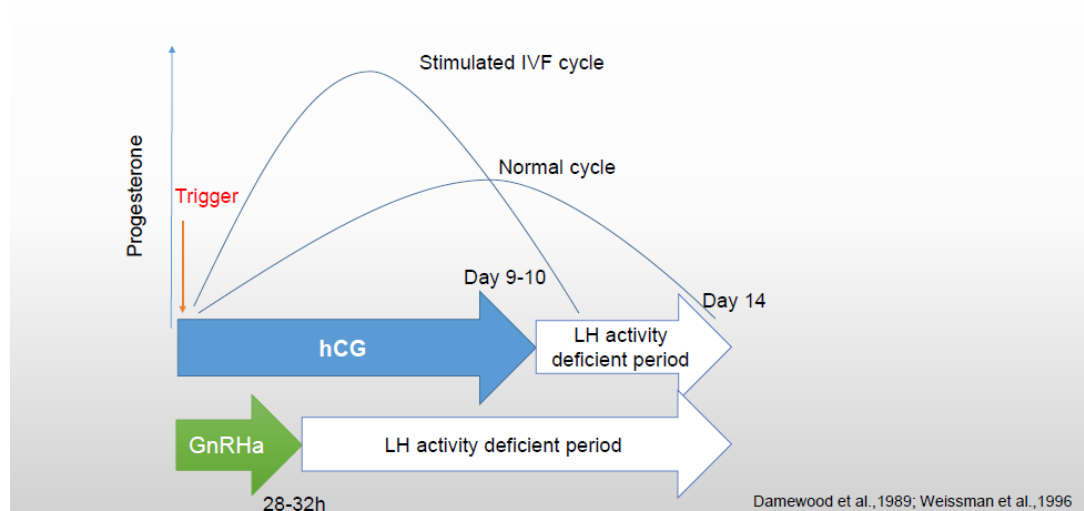
OI en IUI

Zie spontane cyclus: geen indicatie voor ondersteuning

IVF en ICSI behandeling

In het kader van een IVF behandeling dient wel luteale ondersteuning te worden gegeven. Zie onderstaande grafiek. Vanwege de downregulatie wordt een periode van onvoldoende LH-activiteit gezien, waardoor het corpus luteum onvoldoende progesteron afgeeft. In dergelijke situaties is luteale support wel nodig om de zwangerschapskansen te verbeteren.

LH activity deficient period in stimulated IVF cycles



1^e keus: ondersteuning met progesteron

- Utrogestan[®]: 3dd 200mg, vaginaal toedienen
Wordt wereldwijd als 'standard care' gezien, echter geen evidence dat deze dosering en toedieningsweg de meest optimale zijn.
Bijwerkingen: moeheid, misselijkheid, gespannen borsten, hoofdpijn, vaginale afscheiding.
- Duphaston[®]: 3 dd 10 mg, oraal toedienen
Lijkt niet inferieur aan Utrogestan[®] (Griesinger et al, Human Reproduction, Volume 33, Issue 12, December 2018, Pages 2212–2221)
Bijwerkingen: idem als Utrogestan[®], mogelijk iets meer gastro-intestinale klachten.

NB Luteale ondersteuning met progesteron heeft de voorkeur boven ondersteuning met HCG. HCG-support geeft evident meer OHSS.

2^e keus: ondersteuning met HCG

Bij laag-normale respons op IVF-stimulatie en eerder veel bijwerkingen van progesteron kan HCG luteaal overwogen worden. Er is geen eenduidigheid over het te volgen doseringsschema. Lokaal wordt volgend schema gehanteerd:

- Op de dag van de punctie: nogmaals 5000^E HCG sc.
- Op dag 3, 6 en 9 na de punctie 1dd 1500^E HCG sc.

NB Dosering volgens het Farmacotherapeutisch kompas dan wel geneesmiddeleninformatiebank gaat uit van lager totaal te geven eenheden HCG:

'Ondersteuning van de luteale fase als onderdeel van gecontroleerde ovariële hyperstimulatieprogramma's: Binnen negen dagen na de ovulatie of embryo-transfer kunnen twee tot drie herhalingsinjecties van elk 1000 tot 3000 I.E. worden gegeven (bijvoorbeeld op dag 3, 6 en 9 na inductie van ovulatie).'

https://www.geneesmiddeleninformatiebank.nl/smpc/h00103_smpc.pdf

Bij hoog risico op OHSS

Bij hoog-normale respons op IVF-stimulatie kan gekozen worden voor een kort-antagonisten protocol met dagelijks FSH (zie protocol IVF).

Op het moment van triggeren wordt een afweging gemaakt in het risico voor OHSS: indien acceptabel dan alsnog triggeren met 5000^E HCG. Indien risico als hoog wordt ingeschat dan triggeren met decapeptyl (2x 0.1 mg). Op dag van punctie wordt opnieuw OHSS risico ingeschat: indien acceptabel wordt alsnog 1500^E HCG gegeven om een verse ET na te streven. Vervolgens ook starten met Utrogestan[®] 3 dd 200 mg