

Courrier des lecteurs

Thromboembolieprophylaxe nach In-vitro-Fertilisation bei polyzystischem Ovarialsyndrom

Leserbrief zu: Nagler M, Asmis LM, Gerber B, Ruosch S, Spirk D, Surbek D, et al. Venöse Thromboembolie in Gynäkologie und Geburtshilfe. *Swiss Medical Forum*. 2021;21(29–30):503–8.

Danke für den Artikel «Venöse Thromboembolie in Gynäkologie und Geburtshilfe», publiziert von einer multidisziplinären Arbeitsgruppe in Ausgabe 29–30/2021 des *Swiss Medical Forum* als Hilfestellung und Empfehlung zur Risikoabschätzung und zum Management venöser Thromboembolien. Die Empfehlung schliesst die In-vitro-Fertilisation (IVF) ein, allerdings offensichtlich ohne dass Reproduktionsmediziner:innen Teil der Arbeitsgruppe waren.

Empfohlen wird nach einer IVF-Behandlung von Frauen mit einem polyzystischen Ovarialsyndrom (PCOS) eine medikamentöse Thromboembolieprophylaxe für mindestens drei Monate.

Diese Empfehlung ist falsch! Und sie würde bei einer Umsetzung in der Schweiz zu einer Fehlbehandlung von geschätzt 500 Frauen pro Jahr führen.

Eine IVF bei einem PCOS ist keine grundsätzliche Indikation für eine derartige Prophylaxe. Ein PCOS geht zwar mit einem erhöhten Risiko für eine Thromboembolie bei einer voll stimulierten IVF-Therapie einher. Dies aber nur bei einer polyfollikulären Reaktion und bei einer direkt eintretenden Schwangerschaft, was mit einem ovariellen Überstimulationssyndrom einhergehen kann.

Eine Überstimulation tritt aber nicht auf bei:

- einer normalen follikulären Reaktion;
- bei einer IVF ohne oder mit einer gering dosierten Gonadotropinstimulation;
- bei einem «freeze all», das heisst dem Einfrieren aller Embryonen zur Vermeidung eines Transfers und damit eines direkten Schwangerschaftseintritts.

Aufgrund dessen ist diese pauschale Empfehlung für die meisten Patientinnen nicht nur falsch, sondern auch gesundheitlich und ökonomisch durch eine da-

mit einhergehende unnötige Thromboembolieprophylaxe bedenklich.

Prof. Dr. med. Michael von Wolff
Chefarzt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Frauenklinik, Inselspital Bern;
Präsident der Schweizer Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (SGRM), Bern

Disclosure statement

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Replik

Die Autorin und die Autoren der zitierten Arbeit haben auf eine Stellungnahme verzichtet.

Hyponatriämie bei SIADH: Störung des Wasser-, nicht des Natriumhaushalts

Leserbrief zu: Forgo G, Finkenstaedt T, Morf S. Eine Hyponatriämie kommt selten allein. *Swiss Med Forum*. 2021;21(39–40):682–5.

Vielen Dank für den spannenden Bericht eines 26-jährigen, sportlichen Mannes in Ausgabe 39–40 des *Swiss Medical Forum* [1].

Laut Ihrer Beschreibung der Behandlung infundierten Ihre Kollegen dem Patienten initial eine 9%ige (ev. Druckfehler anstelle 0,9%?) respektive später eine 10%ige Kochsalz-(NaCl-)Lösung via Perfusor. Die Hyponatriämie verbesserte sich nicht, weder nach der ersten noch nach der zweiten Infusion.

Dass sich die Hyponatriämie bei einem Syndroms der inadäquaten ADH-Sekretion (SIADH) trotz NaCl-Infusion nicht verbessert, liegt daran, dass es sich um eine Störung des Wasser- und nicht des Natriumhaushalts handelt. Das heisst, Wasser wird wegen inadäquat hoher ADH-Sekretion weiter retiniert. Natrium wird ausgeschieden, wenn die Natriummenge im Körper (nicht die Natriumkonzentration/Extrazellulärvolumen) normal ist.

Um mehr Wasser ausscheiden zu können, muss mit der hypertonen NaCl-Infusion gleichzeitig ein Schleifendiuretikum verabreicht werden. Der Urin wird dadurch hypoosmolar und die Blutnatriumkonzentration und

Blutmosmolalität steigen an. Die entsprechenden Experimente hierzu finden sich in einer alten Arbeit der *Annals of Internal Medicine* von D. Hantmann et al. [2].

Prof. Dr. med. Verena Briner,
Rehabilitationsklinik, 6363 Bürgenstock

Disclosure statement

Die Autorin hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Forgo G, Finkenstaedt T, Morf S. Eine Hyponatriämie kommt selten allein. *Swiss Med Forum*. 2021;21(39–40):682–5.
- 2 Hantman D, Rossier B, Zohlman R, Schrier R. Rapid correction of hyponatremia in the syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone. An alternative treatment to hypertonic saline. *Ann Intern Med*. 1973;78(6):870–5.

Replik

Besten Dank für Ihren Leserbrief und die interessanten Anmerkungen [1]. Ich kann dazu gerne wie folgt Stellung nehmen:

Sie haben natürlich recht, da hat sich ein Fehler eingeschlichen, was uns leid tut. Es handelte sich um eine initiale 0,9%ige NaCl-Infusion (nicht 9%ige), die die Hyponatriämie wahrscheinlich verstärkt und dadurch den Krampfanfall ausgelöst hatte.

Ihre Erklärung zur Pathophysiologie beim Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion (SIADH) und der Therapieversuch eines Schleifendiuretikums sind korrekt. Selbstverständlich hätte man da auch eine diuretische Therapie versuchen können. Das für ein SIADH sehr hohe Urinnatrium (278 mmol/l) war aber wahrscheinlich zusätzlich bedingt durch einen zerebralen Salzverlust.

Dr. med. Samuel Morf,
Institut für Notfallmedizin,
Universitätsspital Zürich, Zürich

Literatur

- 1 Briner V. Hyponatriämie bei SIADH: Störung des Wasser-, nicht des Natriumhaushalts. *Swiss Med Forum*. 2021;21(49–50):862.

Errata

Concernant: Wimmersberger D, Funke-Chambour M, Malagutti P, Wertli MM, Martin Y. Hypoxémie – Les poumons ne sont pas toujours le problème. *Forum Med Suisse*. 2021;21(37–38):641–4.

Dans l'article «Hypoxémie – Les poumons ne sont pas toujours le problème» du 15.09.2021, le texte et le tableau 1 donnent l'exemple d'un faible taux de FiO₂ comme cause d'hypoxémie lors de séjours à haute altitude. La FiO₂ reste à environ 21% même à haute altitude (jusqu'à 8848 m d'altitude). La cause de l'hypoxémie en altitude est la diminution de la pression partielle d'oxygène

(PiO₂) due à la baisse de la pression atmosphérique. Nous nous excusons pour cette erreur de frappe.

Dr méd. David Wimmersberger,
PD Dr méd. Manuela Funke-Chambour,
Dr méd. Yonas Martin,
au nom des auteurs et auteures

Concernant: Forgo G, Finkenstaedt T, Morf S. Une hyponatémie arrive rarement seule. *Forum Med Suisse*. 2021;21(39–40):682–5.

Dans le numéro 39–40/2021 du FMS une regrettable erreur s'est glissée dans l'article «Une hyponatémie ar-

rive rarement seule». Il fallait lire «NaCl 0,9%» au lieu de «NaCl 9%» dans la phrase «Nous avons interprété la crise épileptique comme s'inscrivant dans le cadre de l'hyponatémie hypotonique sévère, qui a probablement été renforcée par la perfusion initiale de NaCl 9%». Nous remercions de nous avoir signalé cette erreur.

L'erreur a été corrigée dans le numéro en ligne (<https://doi.org/10.4414/fms.2021.08787>).

Nous nous excusons pour toute erreur d'impression dans les versions imprimées.

Dr méd. Samuel Morf