Operative Therapie bei Infertilität des Mannes

H.

Klosterhalfen

Hamburg

Das Referat von H. Klosterhalfen, wird in der «Urologia internationalis» in vollem Umfange publiziert werden

Zusammenfassung

Da die Wissenschaft sich erst spät mit der Fertilität des Mannes befasste, wurde die Frage nach der Refertilisierung des sterilen Mannes oft falsch beantwortet. Die Ursache der Sterilität wurde in erster Linie bei der Frau gesucht, aber in etwa 50% der Fälle liegt sie beim Mann. Eine Spermauntersuchung klärt die Sachlage oft und weist den Weg zur Therapie. Für eine operative Therapie kommen in Frage: entzündlich bedingte Verschlussaspermie; die seltene, anlagebedingte Verschlussaspermie; beabsichtigte Sterilisation; unbeabsichtigte Sterilisation v.a. bei Herniotomien; Varikozele.

Vor jeder Operation eines Verschlusses ist eine Hodenbiopsie durchzuführen, denn nur bei normaler Histologie ist eine Korrektur sinnvoll. Nach Entzündung liegt der Verschluss meist im Nebenhodenschwanz. Zur Korrektur wird der Ductus deferens am Nebenhodenschwanz abgesetzt und Seit-zu-Seit mit dem Nebenhodenkopf anastomosiert, wobei eine Kunststoffschiene eingelegt wird. Während der Operation wird ein Abstrich aus dem Nebenhodenkopf auf Spermien untersucht und der Ductus mittels Vesikulographie auf Durchgängigkeit geprüft. Für die Nähte, die nur die Muskelschicht, nicht aber das Zylinderepithel fassen, ist eine Lupenbrille erforderlich.

Selten wird eine gekreuzte Plastik, d.h. die Verbindung des einen Duktus mit dem Nebenhoden der anderen Seite nötig. Eine neue Methode ist die Bildung einer künstlichen Spermatozele aus einem Venenstück, aus der die Spermien abpunktiert und dann inseminiert werden. Bei bisher 11 Fällen wurden aber keine Erfolge erzielt.

Für die Epididymovasostomie liegt die Erfolgsquote bei 329 eigenen Fällen bei 33%. In der bereinigten Statistik, unter der Voraussetzung optimaler Bedingungen, d.h. bei entzündlicher Genese des Verschlusses, bei lebenden Spermien in beiden Nebenhoden, bei freier Durchgängigkeit beider Samenleiter liegt die Erfolgsquote wesentlich höher.

Bei Refertilisationswunsch nach Sterilisation oder nach unbeabsichtigter Durchtrennung oder Unterbindung der Samenleiter bei Herniotomien besteht die Operation in einer End-zu-End-Anastomose der angefrischten Stümpfe des Duktus über einer Kunststoffschiene. Bei Herniotomien ist die Operation schwieriger, da oft längere Stücke des Duktus obliteriert sind und nach deren Resektion der Duktus aus der Beckenwand mobilisiert werden muss.

Idiopathische Varikozelen können Oligospermie verursachen. Die typische Venenresektion nach Kocher ist sehr oft von Komplikationen, selten von Erfolg begleitet. Die Kenntnis der Pathophysiologie führte zu einer neuen Methode: Durch

Klosterhalfen

hohe Ligatur der V. spermatica wird der auf den insuffizienten Venen liegende hydrostatische Druck ausgeschaltet. Von einem Pararektalschnitt aus wird retroperitoneal die V. spermatica aufgesucht und neben dem Ureter ligiert. Von 183 Patienten ergab die Nachuntersuchung bei 179 ein völliges Verschwinden der Varikozele. Von 68 Patienten mit präoperativer Oligospermie wurden 38 geheilt.