Gynäk. Rdsch. 1974;14(Suppl. 1):109-110

Tubenplastik mit gestielten Myometriumlappen

M.		Berger
Th.		Meszaros

Universitätsfrauenklinik (Direktor: Prof. M. Berger), Bern

Adresse des Autors: Prof. Dr. M. Berger, Universitätsfrauenklinik Bern, Schanzenneckstrasse, CH-3012 Bern (Schweiz)

Ziel: Herstellung der Fertilität bei irreparablen Tubenschädigungen oder nach bilateraler Salpingektomie. Die Misserfolge bisheriger Massnahmen (Ovarimplantation in die Uteruswand; homoiole Tubentransplantation; Ersatz durch autologe Darmanteile, z. B. Appendix) lehren, dass zur Tuben-neukonstruktion nach Möglichkeit a) autologes Material und b) funktionell möglichst adäquates Gewebe verwendet werden soll.

Eigene Technik: Nach abklärenden tierexperimentellen Studien wählten wir als Tubenersatz autologes Myometrium, mit homoiolem Amnion zur Innenauskleidung und als Überzug der Aussenfläche. Präparation je eines gestielten Myometriumlappens von der Vorder- und Rückwand des Uterus mit Basis am Tubenwinkel. Länge der Lappen 7 cm, Breite an der Basis 2 cm, am freien Ende 3 cm, Dicke 3–4 mm. Von der Basis zwischen den Lappen wird die Kommunikation zum Cavum uteri durch vorsichtige Schrenspreizung hergestellt. Aufklappen der gestielten uterinen Lappen nach oben und der Seite zu und Vereinigung durch Nähte zu einem röhrenähnlichen, distal trompetenartig erweiterten Gebilde. Innen- und Aussenbekleidung der neuen «Tube» sowie Bedeckung der Lappenexzisions-Defektstellen am Uterus durch ein ca. 20 × 20 cm grosses Amnionstück, das anlässlich einer simultan durchgeführten Sectio caesarea entnommen wird und körperwarm mit der Flächenmitte voran vermittels eines 3 mm dicken Polyäthylenkatheters ins Cavum uteri eingezogen wird.

Bei einer 31jährigen Patientin, bei der vor 3 Jahren anlässlich einer Tubar-gravidität bei Konglomeratadhärenzen und multiplen Hämatozelenbildungen gleich beide Tuben (!) und ausserdem ein Ovar (!) reseziert worden waren, führten wir vor 4 Monaten die genannte Tubenneukonstruktion durch. Hysterosalpingographisch stellte sich 2 ½ Monate post operationem eine er-

110

Berger/Meszaros

weiterte, durchgängige «Tube» dar. Eine Gravidität ist bis heute noch nicht eingetreten. Die Zyklusverhältnisse sind unauffällig.

Anhand eines weiteren klinischen Falles wird die Brauchbarkeit der homoiole Amniontransplantation demonstriert: Nach Überdeckung eines 4 × 3 cm grossen nekrotischen Defektes am Fundus uteri (Resektion eines grossen nekrotischen Myomknotens) mit Amnion zeigte sich laparoskopisch 3 Monate post operationem eine glatte, vaskularisierte, zentral vernarbte, adhäsionsfreie Oberfläche.

Schlussfolgerungen

Aufgrund tierexperimenteller Studien und klinischer Ergebnisse darf die Homoiotransplantation von frischem Amnion als Matrix zur Adhäsions-prophylaxe in der Abdominalchirurgie

empfohlen werden. Über die Berechtigung der Vornahme von Tubenneukonstruktionen kann man verschiedener Auffassung sein. Im vorliegenden Fall haben wir sie wegen intensivsten Kinderwunsches der Patientin durchgeführt.