Gynäk. Rdsch. 1981;21:262-263

Kolpopoese aus dem Becken-Peritoneum

A.G.

Kurbanova

Allunions-Wissenschafts-Forschungs-Institut für Geburtshilfe und Gynäkologie des Ministeriums für Gesundheitswesen der UdSSR, Moskau

Zur Behandlung der Scheidenaplasie werden zahlreiche Methoden vorgeschlagen, was davon zeugt, dass eine einfache und einheitliche Kolpopoese-Methode noch nicht allgemein bekannt ist. In der vorliegenden Publikation wird über eine in einer Etappe durchführbare Bauchfellkolpopoese berichtet, welche bisher bei 152 Patientinnen mit gutem Erfolg angewandt worden ist. Eine Laparotomie ist dabei nicht erforderlich: Aus einem Querschnitt im Bereich des Scheideneinganges wird im retrovesikalen Gewebe das Vaginalbett bis zum Peritoneum präpariert, dieses wird eröffnet, und die Peritonealränder werden bis zur Scheideneingangsebene herabgezogen und dort vernäht. Die Scheidenkuppel wird durch Fixierung der Hinterwand des Uterus bzw. des Uterusrudimentes mit der Rektumvorderwand gebildet und so stabilisiert. Zur leichteren Auffindung des Peritoneums wird vor der Operation ein Pneumoperitoneum angelegt und, falls notwendig, auch eine 0,4%ige Indigokarminlösung zur besseren Darstellung eingebracht. Postoperativ wird durch eine Östrogensalbe die Epithelialisierung beschleunigt, das Tragen einer Prothese ist nicht erforderlich. Operationskomplikationen waren 2mal eine Verletzung der Harnblase und 3mal eine Läsion des Rektums; postoperative Besonderheiten sind nie aufgetreten. Insgesamt kann das Ergebnis der Operation als zufriedenstellend bezeichnet werden, da nur 7mal narbige Scheidenstenosen aufgetreten sind und bei den restlichen Patientinnen ein funktionstüchtiges Organ geschaffen werden konnte.

Für die Praxis bedeutet diese Arbeit einen wesentlichen Beitrag zur Behandlung des Mayer-Rokitansky-Küstner-Syndroms; die Operation erfordert aber sicherlich einige Schulung und Übung, um den geschilderten Erfolg zu erzielen.

Für die Klinik bedeutet diese Arbeit eine empfehlenswerte Alternative zur Sigmascheide, da eine Laparotomie und Darmresektion mit all ihren Komplikationsmöglichkeiten entfällt. Als weiterer Vorteil im Vergleich zu

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

263

anderen Methoden muss die fehlende Notwendigkeit zum postoperativen Tragen einer Prothese angeführt werden. Fraglich bleibt nur, in welchem Ausmass eine postoperative Epithelialisierung der künstlichen Scheide eintritt, was für die Widerstandskraft dieses neugeschaffenen Organs von entscheidender Bedeutung ist. H. Salzer, Wien

Aus: Zentbl. Gynäk. 102: 753-761 (1980); cit. Gynäk. Rdsch. 21: 263-264 (1981)

Gewinnung menschlicher Eizellen

W. Weise

Landesfrauenklinik der Medizinischen Akademie Magdeburg, DDR

Spätestens seit der erfolgreichen Eizellentransplantation durch Steptoe 1978 werden die Probleme der Eizellgewinnung mit grossem Interesse diskutiert. Die vorliegende Arbeit zeigt

die einzelnen Methoden sowie deren Vor- und Nachteile anhand eigener Erfahrungen des Autors. Zur Aspiration der Eizellen aus den Follikeln wurden Einwegspritzen und Kanülen 1,0 verwendet. Die Gewinnung der Eizellen wurde in 16 Fällen intraoperativ, in 46 Fällen laparoskopisch versucht. Dabei konnten intraoperativ in 12 Fällen, laparoskopisch in 23 Fällen Eizellen gewonnen werden. Bei 14 Patientinnen waren die Ovarien bei der Laparoskopie hormonell stimuliert worden. Die Stimulation mit Gonadotropinen hatte – wie der Autor durch Volumen-messungen nachweisen konnte – eine Vermehrung der Follikelflüssigkeit bis zu 25 ml zur Folge. In blutigen Punktaten wurden nach seiner Erfahrung um die Hälfte weniger Eizellen gefunden. Die vorgefundenen Entwicklungsstadien der Eizellen werden im Anschluss beschrieben. In der Diskussion wird eine sehr gute Übersicht über die verschiedenen Methoden zur Eizellgewinnung gegeben. Leider wird kaum auf die endokrine Problematik bei der Gewinnung der präovulatorischen Eizelle eingegangen. Hierfür ist ein genaues Timing nötig. Der ideale Zeitpunkt für die Punktion einer präovulatorischen Eizelle kann mit grösstmöglicher Sicherheit nur durch ein 24 h arbeitendes Hormonlabor anhand des LH-Peaks festgelegt werden – oder mittels Ultraschall, was jedoch im Vergleich zur oben angeführten eine relativ unsichere Methode darstellt. Der Autor verwendet zur Punktion eine