Mikrochirurgische Behandlung des Tubenverschlusses

W.		Albrich
A.		Götz

Frauenklinik der Universität München im Klinikum Grosshadern (Direktor: Prof. Dr. K. Richter), München, BRD

Dr. W. Albrich, Frauenklinik im Klinikum Grosshadern, Marchioninistrasse 15, D-8000 München 70 (BRD)

Die Einführung des Operationsmikroskops in die Gynäkologie ist Walz [1959] zu verdanken. Die Verbreitung durch angloamerikanische Gynäkologen erfolgte mehr als 15 Jahre später [Gomel, 1977; Winston, 1977]. Die inzwischen mitgeteilten Ergebnisse in der Literatur und eigene Erfahrungen bei mehr als 100 mikrochirurgischen Eingriffen geben Anlass zu nüchterner Betrachtung des Verfahrens.

Die Fortschritte der Mikrochirurgie beruhen auf wählbarer optischer Vergrößerung, atraumatischen Instrumenten, feinstem Nahtmaterial, Feuchthalten des Operationsfeldes und sorgfältigster elektrochirurgischer Blutstillung. Die präoperative Diagnostik umfasst die üblichen Untersuchungen: Basaltemperatur, Spermogramm, Postkoitaltest, Laparoskopie und gegebenenfalls Hysterosalpingographie. Die Kontraindikationen entsprechen denen konventioneller Sterilitätsoperationen: Genitaltuberkulose, akute Entzündung, schwere Allgemeinerkrankungen und Erbkrankheiten. Schlechte Ergebnisse sind zu erwarten bei Tubenlängen unter 4 cm und gleichzeitigem proximalem und distalem Tubenverschluss. Von den Kontraindikationen sind nicht operationswürdige Befunde zu unterscheiden.

Technik

Zur mikrochirurgischen Operation wird der Douglas-Raum mit feuchten Kompressen ausgestopft. Die dadurch elevierten Adnexe werden durch eine speziell geformte Silikonplatte stabilisiert. Unter dem Operationsmikroskop erfolgt die Adhäsionselektrochirurgie mit feinsten Nadeln. Anastomosen werden zweischichtig extramukös genäht. Bei Salpingostomien kann durch die optische Vergrößerung die Schleimhauttextur berücksichtigt werden. Die Spülung mit physiologischen Lösungen hält das Operationsfeld feucht und erleichtert das Erkennen winziger blutender Gefässe, die bipolar elektrokoaguliert werden.

Krankengut

In den letzten 3 Jahren wurden an unserer Klinik 109 mikrochirurgische Eingriffe durchgeführt. 23mal wurden Adhäsionselektrochirurgien oder Salpingoplastiken durchgeführt, 39 mal Salpingotomien und 12mal Anastomosen zur Refertilisierung oder bei entzündlichen Verschlüssen. Einer 4. Gruppe ordneten wir 35 Operationen zu für die eine statistische Auswertung nicht möglich ist: seitenverschiedene Eingriffe, kombinierte Operationen bei ampullärem und isthmischem Verschluss und konservative Operationen bei Tubargravidität.

Mitteilungen zum 2. Hauptthema

Da nur knapp 70 Operationen länger als 1 Jahr zurückliegen, haben die Ergebnisse nur vorläufigen Aussagewert. Die 11 intrauterinen Schwangerschaften verteilten sich auf alle 4 Operationsgruppen. 5 weitere Schwangerschaften waren extrauterin und traten 1-19 Monate nach der Operation ein.

Diskussion

Als erfolgslimitierend erweist sich der meist schwere postentzündliche Schaden an Tubenmukosa und -muskularis. Erst bei Refertilisierungen – der Anastomose unterbunder gesunder Tuben – wird der gewebsschonende Effekt der Mikrochirurgie auch an den Erfolgen statistisch erkennbar: Mit konventionellen Operationen werden Schwangerschaftsraten von 13-50% erreicht, mit mikrochirurgischen Anastomosen 60-80%. Diese hohe Erfolgsrate rechtfertigt nach unserer Meinung den grossen Aufwand der Mikrochirurgie.

Literatur

Gomel, V.: Tubal reanastomosis by microsurgery. Fert. Steril. 28: 59-65 (1977).

Walz, W.: Sterilitätsoperationen an der Tube mit Hilfe eines Operationsmikroskopes. Z. Geburtsh. Gynäk. 153: 49-55 (1959).

Winston, R.M.L.: Microsurgical tubocornual anastomosis for reversal of sterilisation. Lancet i: 284-285 (1977).

Gynäk. Rdsch. 21 (Suppl. 2): 86-89 (1981)

Ergebnisse der mikrochirurgischen Tubenrekonstruktion

P. Scheidel, H. Hepp

Universitäts-Frauenklinik des Saarlandes (Direktor: Prof. Dr. H. Hepp), Homburg/Saar, BRD

Die Kenntnisse über Physiologie und Pathologie des Eileiters sind nach wie vor zu gering, um die komplexen Vorgänge des Eiauffangmechanismus und des Eitransports bzw. Störungen nach entzündlichen Veränderungen hinlänglich erklären zu können.

Noch 1978 überschrieb Pauerstein [1] eine Übersichtsarbeit mit dem Titel «From Fallopius to Fantasy», um klar darzustellen, wieviele unserer Vorstellungen über die Gynäk. Rdsch. 21 (Suppl. 2): 85-86 (1981)