Ursachen und Häufigkeit von Versagern nach Sterilisierungen mit Bleyer-Secuclips

A.R.		Schurz
H.		Concin
M.		Kobermann

Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung, Landeskrankenhaus Feldkirch (Vorstand: Prim. Dr. A.R. Schurz), Feldkirch

Primarius Dr. A. R. Schurz, Landeskrankenhaus, A-6800 Feldkirch (Österreich)

Es gibt wenige, dafür aber sehr divergente Aussagen über die Sicherheit des Bleyer-Secuclip. Wir verwendeten diesen Clip von 1977 bis 1980 neben anderen Methoden wie Bikoagulation und Pomeroy. Der Clip besteht aus Hostadur und quetscht und verschliesst die Tuben mit einem festen Einrastmechanismus. Das Anlegen geschieht mit Applikator-zangen. Als operative Zugangswege wurden vor allem offene Methoden angewandt: über-wiegend post partum die subumbilikale und im Intervall die suprasymphysäre Minilapa-rotomie nach Palmer. Wenig ins Gewicht fielen die hintere Kolpozöliotomie und die Laparoskopie, vor alien Dingen weil bis zuletzt keine einwandfrei gasdichten Applikator-zangen zur Verfligung standen.

Ergebnisse

371 Frauen wurden geclipst, 4 davon wurden wieder schwanger, was nach 2jähriger Mindestbeobachtungszeit eine Versagerrate von 1.07% ergibt. Alle waren ausnahmslos post partum sterilisiert worden. Die Schwangerschaften traten erst nach 2½jähriger Anwendung der Methode auf. Als sie bekannt wurden, stoppten wir das Verfahren und begannen systematisch mittels Hysterosalpingographie nachzukontrollieren. Dabei fanden wir 2 weitere (ebenfalls postpartal) sterilisierte Patientinnen mit je einem offenen Eileiter, so dass wir von einem Anteil von 1.06 % durchgängiger Tuben Kenntnis haben. Von diesen 6 Fällen wurden 4 durch Salpingektomien nachsterilisiert. Das versetzte uns in die Lage, Erhebungen über die Versagerursache anzustellen.

Intraoperativ zeigte sich makroskopisch in alien 4 Fällen die Tube augenscheinlich vom Clip gefasst, darunter oder daneben aber jeweils eine schmale Gewebebrücke. Die histologische Aufarbeitung dieser Gewebebrücke zeigte 3mal kapillardünne Lumina mit Regeneratepithel, und nur in 1 Fall war ein an Tubenschleimhaut erinnerndes hochpris-matisches Zylinderepithel nachzuweisen.

Mitteilungen zum 2. Hauptthema

28

Diskussion

Es lassen sich drei Versagerursachen diskutieren:

Durch Fehler des Operateurs kann die Tube aus den sich schliessenden Klipbran-chen ausgleiten und nur Peri- und Mesosalpinx gefasst werden.

Ebenfalls durch einen Fehler des Operators könnte nur ein Teil des Tubenquerschnitts verschlossen werden und von vornherein ein Restlumen offen bleiben. Das wäre besonders leicht vorstellbar bei postpartal ödematösen Tuben und besonders in den distalen Organabschnitten. Als methodische Versager wäre die Rekanalisation trotz korrektem Sitz des Clip über der Tube zu diskutieren.

Wir sind sicher, dass bei allen unseren überprüften Versagern eine solche Rekanalisation nach korrekter Applikation, also ein methodischer Versager vorliegt. Das beweisen die histologischen Bilder des Regeneratepithels in den Gewebebrücken. Das Rekanalisationsvermögen der Tuben bei erhaltener neurovaskulärer Versorgung wird immer wieder hervorgehoben. Die Mesosalpinx und damit die neurovaskuläre Versorgung wird durch den Secuclip nicht nennenswert verletzt. Das gequetschte Tubenstück nekrotisiert, der Clip wird innerhalb von 48 h von einem Mesothel überzogen und sinkt der Schwere nach in die Mesosalpinx ab, und dahinter kann der Eileiter rekanalisieren.

Stellt man unsere Versagerrate in den Rahmen der vorliegenden Literaturberichte, so ist unsere Aussage ähnlich wie die von Frangenheim [1980], der, allerdings ohne Zahlenangaben, 4 % Versager erwartet und so wie wir auch meint, dass die Clipversager in der Größenordnung anderer mechanischer Verfahren (Madlener, Pomeroy) zu erwarten sind.

Im Gegensatz dazu findet Bleier [1977] nach 4300 Sterilisationen keinen einzigen methodischen Versager, und Ähnliches behaupteten vorkurzem Schneller et al. [1982], die unter 1600 Frauen nur 1 Versager erlebten (spontan von der Patientin gemeldet – also offenbar ohne systematische Nachkontrollen).

Einen Gesichtspunkt wollen wir besonders herausstellen: Alle Versager traten bei Sterilisationen post partum auf, kein einziger ausserhalb des Wochenbettes. Nachdem wir als Versagerursache die Rekanalisation beweisen können, spricht dieser Umstand dafür, dass im Wochenbett die Rekanalisationstendenz grosser ist als ausserhalb.

Aus dieser Feststellung muss man die Konsequenz ziehen, im Wochenbett möglichst nicht zu sterilisieren. Dafür haben unsere Patientinnen allerdings wenig Verständnis, denn die Operationskosten gehen hier in den Tagsatz des Wochenbettes, und die Unterbindung ist de facto gratis. Aber wird nicht dadurch auch einer unserer umstrittensten Kontrazeptionsmethoden ein sachlich ungerechtfertigter Wettbewerbsvorsprung gegeben, weil sie als einzige gratis ist?

Literatur

Bleier, W.: 41. Tagung Dt. Ges. für Gynäkologie und Geburtshilfe, Hamburg 1977.

Frangenheim, H.: Wie sicher sind die einzelnen Methoden der laparoskopischen Tubensterilisation? Geburtsh. Frauenheilk. 40: 896 (1980). Schneller, E., et al.: Operative Komplikationen der laparoskopischen Tubensterilisation

2. Hauptthema Instrumente und Nahtmaterial mit dem Bleier-Clip (prospektive Studie). Geburtsh. Frauenheilk. 42: 379 (1982). Semm

K.; Philipp

E.: Vermeidung von Spontanrekanalisationen des Eileiters post steri-