Neue Aspekte der homologen Insemination

F.		Fischl
J.		Deutinger
H.		Janisch

II. Universitäts-Frauenklinik Wien (Vorstand: Prof. Dr. H. Janisch)

Anschrift des Verfassers: OA Dr. F. Fischl, II. Universitäts-Frauenklinik, Spitalgasse 23, 1090 Wien

Da aus rechtlichen, wie auch aus ethischen Gründen die heterologe Insemination derzeit in keinem öffentlichen Krankenhaus in Österreich durchgeführt wird, hat sich die II. Universitäts-Frauenklinik Wien mit den homologen Inseminationstechniken als eine Behandlungsmethode der männlichen Subfertilität verstärkt auseinandergesetzt und diese Methode in verbesserter und modifizierter Form in die Sterilitätsbehandlung aufgenommen.

Im Rahmen der Sterilitätsabklärung der Frau wird auch der Ehepartner in die Diagnostik miteinbezogen. Diese umfaßt neben Fragen nach Erkrankungen und Intoxikationen, die mit Fertilitätsstörungen assoziiert sind, auch eine kurze Sexualanamnese. Der Anamnese folgt eine klinische Untersuchung sowohl bei der Frau wie auch beim Mann. Im Anschluß daran werden mehrere Spermioogramme nach jeweiliger 3- bis 4tägiger Karenz durchgeführt und ausgewertet. Bei 56 Ehepaaren, bei denen die Fertilitätsstörung vorwiegend beim Mann zu suchen war, wurden 121 homologe intrauterine Inseminationsversuche vorgenommen. Die Indikationskriterien dafür stellten sich uns folgendermaßen: ein mehr als zwei Jahre bestehender Kinderwunsch mit bereits verschiedenen vorangegangenen Therapieversuchen, bei im wesentlichen unauffälligen Befunden der Frau und eingeschränktem Spermioogramm des Mannes im Sinne der Subfertilität, nach Ausschluß von Varikozelen, hohen FSH- und Prolaktin-Werten, die zuerst einem operativen bzw. medikamentösen Therapieversuch unterzogen wurden. Die Untergrenze im Spermioogramm lag bei einer Spermiedichte von 9 Mio./ml bei einer Basismotilität nicht unter 30% und pathologischen Formen nicht über 60%.

Das Ovulationstiming der Frau wird mittels täglicher LH-Bestimmung im Harn, Bestimmung des Follikelwachstums mittels Ultraschall und Kontrolle der Peripherie (Zervixscore) nach Gabe von 100 mg Clomiphen vom 5. bis 9. Zyklustag durchgeführt.

Das für die Insemination benötigte Ejakulat wird durch Masturbation in einem sterilen

Freie Vorträge

143

Behälter gewonnen, nach Verflüssigung bei Raumtemperatur in 0,5 bis 2 ml Menezo B2-Lösung mit einer Osmolarität von 276 bis 280 m-Osmol pro Kilo gegeben und danach zentrifugiert. Das so gewonnene Pellet wird neuerlich in 2,5 ml Menezo B2-Lösung gleicher Osmolarität aufgeschüttelt und nochmals zentrifugiert. Das so erhaltene Konzentrat wird in 0,5 ml B2 aufgeschwemmt und 30 Minuten bei 37 Grad inkubiert.

Anschließend werden nun 0,02 bis 0,05 ml dieses Konzentrates mit einem Bourn Hall-Katheter vorsichtig in das Uteruskavum eingebracht. Der Katheter wird nach Einstellung der Portio in mehr als 90% der Fälle ohne Anhaften der Portio in den Cervikalkanal eingeführt und langsam in

das Uteruskavum vorgeschoben. Danach wird das Spermienkonzentrat während etwa 120 Sekunden in das Uteruskavum plaziert. 18 Stunden nach der Insemination wird nochmals eine LH-Kontrolle im Harn bzw. eine Ultraschallkontrolle der Follikel durchgeführt. Bei noch stehendem Follikel bzw. bei noch erhöhten LH-Werten wird 20 bis 24 Stunden nach der ersten Insemination ein zweiter Inseminationsversuch angeschlossen.

Bisher wurden insgesamt 120 Inseminationen in 111 Zyklen bei 56 Patientinnen auf diese Weise durchgeführt. Bei 10 Patientinnen erfolgten zwei Inseminationsversuche innerhalb 24 Stunden pro Zyklus. Gesamt gesehen ergibt das 2,1 Inseminationsversuche pro Patientin.

Es konnten bisher insgesamt 12 Schwangerschaften erzielt werden, wobei jedoch drei Patientinnen in der 6. bis 9. Schwangerschaftswoche abortierten. 9 Schwangerschaften bestehen dzt. zwischen der 8. und 35. Schwangerschaftswoche. Das entspricht einer Schwangerschaftsrate von 21,4%. 6 Schwangerschaften sind bereits durch den ersten Inseminationsversuch erzielt worden, drei nach zwei Inseminationsversuchen und 2 nach 3 Inseminationsversuchen. Bei 7 Patientinnen wurden 4 bis 7 Inseminationsversuche durchgeführt, wobei es nur in einem Fall zu einer Schwangerschaft kam.

Die doch deutliche Verbesserung der Schwangerschaftsrate durch die intrauterine Insemination gegenüber der Kappen-Methode zeigt, daß die exakte Aufbereitung der Spermien kombiniert mit der intrauterinen Plazierung als eine Behandlungsmethode der Subfertilität des Mannes erfolversprechend zu sein scheint [2].

Kombinationen mit medikamentösen Therapien, Akupunkturbehandlung des Mannes vor den Inseminationsversuchen können die Erfolgsaussichten noch erhöhen. Auch in vitro Versuche mit der Aufbereitung des Samens lassen eine noch höhere Schwangerschaftsrate in nächster Zeit erwarten [1].

Literatur

Fischl, F.; Riegler, R.; Bieglmayer, Ch.; Nasr, F.; Neumark, J.: Die Beeinflußbarkeit der Samenqualität durch Akupunktur bei subfertilen Männern. Geburtsh. Frauenheilk. 44: (1984), in Druck.

Maier, V.; Grünberger, W.; Binstorfer, E.; Lunglmayr, G.: Pregnancy Rate after Homologous Insemination of Pathological Ejaculate both with and without the Addition of Kallikrein. Gynecol. Obstet. Invest. Vol. 15, No. 6, 337–341 (1983).