Die Früh-Second-Look Laparoskopie nach sterilitätschirurgischen Eingriffen mit dem CO₂-Laser

K.		Schieder
Ch.		Dadak
H.		Kölbl
H.		Janisch

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

Dr. K. Schieder, II. Universitäts-Frauenklinik, Spitalgasse 23, A-1090 Wien

Einleitung

Die Neubildung von Verwachsungen oder erneuten Eileiterverklebungen nach sterilitätschirurgischen Eingriffen ist umso wahrscheinlicher, je ausgeprägter die zur Sterilität führenden Veränderungen an den Tuben und im Adnexbereich gewesen sind. Untersuchungen von Trimbos-Kemper et al. (1985) haben gezeigt, daß es bereits wenige Tage nach sterilitätschirurgischen Eingriffen mittels Mikrodithermie in über 50% der Fälle zur Neubildung von Verwachsungen kommt, diese aber größtenteils im Rahmen einer Früh-Second-Look-Laparoskopie gelöst werden können. Diese Beobachtungen nahmen wir zum Anlaß die Bedeutung der Früh-Second-Look-Laparoskopie nach sterilitätschirurgischen Eingriffen mittels Kohlendioxidlasers festzustellen. Einerseits war für uns von Interesse, inwieweit es durch den Einsatz des Lasers postoperativ zur Neubildung von Adhäsionen und zur Verklebung eröffneter Eileiter kommt. Andererseits sollte geprüft werden in welchem Ausmaß solch neugebildete Verwachsungen durch den Zweiteingriff gelöst werden können.

Patientinnen und Methodik

Das Durchschnittsalter von 21 Patientinnen, die sich einem sterilitätschirurgischen Eingriff mit dem Kohlendioxid Laser unterzogen, betrug 24 Jahre. Bei 10/21 (48%) der Patientinnen lag eine primäre Sterilität vor. Ovulatorische Zyklen beobachteten wir bei 19/21 (90%) Patientinnen. Nur 14/21 (67%) der Frauen mit Kinderwunsch hatten Partner mit unauffälligem Spermogramm. Sechs der Männer (21%) wiesen eine Oligoasthenozoospermie, einer eine Teratozoospermie auf. Bei allen Patientinnen wurde im Rahmen der Sterilitätsabklärung auch eine Hysterosalpingographie (HSG) durchgeführt. Zeigten diese Untersuchungen den Verdacht auf Adhäsionen im Adnexbereich oder einen Kontrastmittel-stop im proximalen oder distalen Tubenabschnitt, erfolgte präoperativ eine diagnostische Laparoskopie mit Chromopertubation. Erst nach Bestätigung oder Korrektur des radiologischen Befundes durch die meist unmittelbar präoperativ vorgenommene diagnostische Laparoskopie erfolgte die Indikationsstellung zur Sterilitätsoperation unter Einsatz des 500 Z-Kohlendioxid-Lasers (Cooper-Laboratory-Division/Kalifornien) und des Operationsmikroskopes.

Zur Adhäsionsprophylaxe dienten einerseits zur lokalen Anwendung eine Lösung bestehend aus Hyalostop, Rifocin und 0.9% NaCl, die intraperitoneal verabreicht wurde, andererseits der systemische Einsatz von Antibiotika und Kortikosteroiden. Letztere wurden

Mitteilungen zum 2. Hauptthema

den in abfallenden Dosen gegeben. Die Früh-Second-Look Operation erfolgte am achten Tag. Zur einheitlicheren Beurteilung der intrapelvinen Verwachsungen benutzten wir einen Adhaesionsscore, nach dem Adhäsionen auf beiden Seiten getrennt beurteilt wurden: 0 bedeuten dabei keine, 1 zarte, 2 mäßiggradige und 3 dichte, schwer zu behandelnde Adhäsionen.

Ergebnisse

Uni- bzw. eine bilaterale Adhaesiolyse erfolgten als alleiniger Eingriff in 19%. Verbunden mit dem Lösen von Verwachsungen an den Adnexen wurden am häufigsten eine bilaterale (53%) und eine unilaterale (26%) Tubostomie vorgenommen.

Der mittlere Adhaesionsscore (1.9) zu Beginn der Sterilitätsoperation unterschied sich gesichert von jenem zu Beginn der Früh-Second-Look-Laparoskopie (0.9, $p < 0.0003$).

Darüberhinaus war es möglich, neu gebildete Adhaesionen zu lösen und somit den Adhaesionsscore zu Ende der Laparoskopie (0.6) gegenüber jenem zu Beginn der Bauchspiegelung (0.9) noch zu verbessern ($p < 0.007$).

4 Tuben waren im Rahmen vorangegangener Laparotomien bereits entfernt: Konnten zu Beginn der Laparoskopie an 8 distalen Tubenenden erneut Adhaesionen festgestellt werden, gelang es diese an 4 Tuben im Rahmen des diagnostischen Zweiteingriffes zu lösen. Insgesamt waren als Ergebnis der chirurgischen Maßnahmen 21/38 (55%) der Tuben frei beweglich. Jedoch wiesen 11/38 (29%) eine Wandverdickung auf.

Die Durchgängigkeit der Tuben blieb in einem Zeitraum von 8 Tagen im wesentlichen unbeeinflusst, dennoch zeigte die Laparoskopie bei zwei Tuben mit ursprünglich verzögerter Chromopertubation am Ende des Ersteingriffes einmal eine freie Tubendurchgängigkeit im anderen Fall keinen Farbstoffaustritt.

Nach dem bisherigen Beobachtungszeitraum von 11 ± 3.8 Monaten kam es insgesamt zu 4 Geburten (19%) von 5 Schwangerschaften (24%). In einem Fall führte eine Tubostomie zu einer Tubargravidität.

In drei Fällen war die neuerliche Adhaesionsbildung derart ausgeprägt, daß den Patientinnen die In-vitro-Fertilisierung empfohlen wurde.

Diskussion

Die Bedeutung der Früh-Second-Look Laparoskopie liegt einerseits in der frühzeitigen visuellen Sicherstellung des Operationserfolges gemessen am Grad der Adhaesionsneubildung und der Tubendurchgängigkeit. Auch wird dadurch die funktionelle Bewertung der Tuben ermöglicht. Andererseits kann durch den frühzeitigen diagnostischen Eingriff Sterilitätspatientinnen mit ausbleibendem Operationserfolg eine extrakorporale Fertilisierung angeraten werden.