Diagnose und Behandlung des Tubenverschlusses mit Hilfe eines flexiblen Führungsdrahtes

J.L.	Jeffrey L.	Deaton
M.	Mark	Gibson
D.H.	Daniel H.	Riddick
J.R.	John R.	Brumsted

University of Vermont College of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Reproductive Endocrinology, Burlington, Vt, USA

Die Hysterosalpingographie als fester Bestandteil der Sterilitätsabklärung zeigt bei etwa 10-20% der Fälle ein- oder beidseitig bestehende Tubenverschlüsse. Histologisch weisen jedoch zwei Drittel der resezierten Tubenteilstücke keine transmurale oder lumenale Pathologie auf. Da die Therapie des proximalen Tubenverschlusses traditionell die Laparotomie mit anschließender tubokornealer Rekonstruktion ist, ist es von Bedeutung, zwischen einem pathologischen Tubenverschluss, einem amorphen Verschluss und einem Tubenspasmus zu unterscheiden. Ziel der vorliegenden Studie war, die diagnostischen und potentiell therapeutischen Vorteile der hysteroskopisch durchgeführten Kanülierung der Eileiter zu zeigen. 11 Frauen im Alter zwischen 24 und 38 Jahren mit radiologisch verifiziertem Tubenverschluss wurden untersucht. Der proximale Tubenverschluss wurde mit Hilfe der Hysterosalpingographie diagnostiziert und mit einer laparoskopischen Chromopertobation bestätigt. Alle Frauen wiesen eine komplette Sterilitätsabklärung (Postkoitaltest, Endometriumbiopsie, Spermiogramm) auf. Die Hysterosalpingographie wurde unter Durchleuchtung mit Hilfe eines wasserlöslichen Kontrastmittels sowohl vor als auch – zwischen 2 und 6 Monaten – nach der hysteroskopischen Kanülierung durchgeführt. Verwendet wurde ein 7-mm-Operationshysteroskop. Gleichzeitig mit der Hysteroskopie wurde bei allen 11 Patientinnen die Laparoskopie durchgeführt. Sobald die Diagnose des proximalen Tubenverschlusses durch eine Chromopertobation gesichert war, wurde ein sonst von Urologen angewandter rostfreier Stahlführungsdraht mit einer flexiblen Spitze in den Arbeitskanal des Hysteroskops eingeführt. Der Führungsdraht – ein Einmalgerät – weist einen Durchmesser von 0,97 mm auf. Die Spitze des Drahtes wurde vor das Tubenostium plaziert und anschließend Druck ausgeübt. Das Ende des Hysteroskops musste dabei öfter bis zu 2 mm innerhalb des Ostiums vorgeschoben werden, um dem Draht eine stärkere Stabilität zu verleihen. Nachdem man laparoskopisch die Spitze des Drahtes das Tubenostium passieren gesehen hatte, wurde der Draht zurückgezogen und die Durchgängigkeit entweder mit einer 32%igen Dextran-70-Lösung oder mit dem Farbstoff Indigo-karmin bestätigt.

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

116

Insgesamt konnten 13 von 18 Tuben bei bestehendem proximalem Tubenverschluss kanüliert werden. Bei der postoperativ durchgeführten Hysterosalpingographie waren 73% der behandelten Tuben durchgängig. 5 Tuben konnten nicht kanüliert werden und wiesen auch bei

der postoperativ durchgeführten Histerosalpingographie einen Tubenverschluss auf. 2mal wurde die Tube – etwa 1 cm vor der Einmündung in den Uterus entfernt – perforiert; dies erforderte jedoch kein weiteres therapeutisches Vorgehen.

6 Schwangerschaften, davon 3 Tubaria (jedoch ampullär gelegen und bei den Patientinnen mit Erkrankungen im Bereich des distalen Tubenendes) resultierten nach der Therapie der Kanülierung.

Für die Klinik: Die hysteroskopische Kanülierung bei Tubenverschluss ist sicherlich als diagnostische und therapeutische Methode vor einer möglichen Tubenrekonstruktion als leicht praktikierbare Methode (vor der In-vitro-Fertilisation plaziert) empfehlenswert.

Ch. Kurz, Wien Diagnosis and Treatment of Cornual Obstruction Using a Flexible Tip Guidewire