Die hysteroskopische Ballonkatheterplastik

R.

Wiborny

A. ö. KH Waidhofen/Thaya, Gyn.-geburtsh. Abtlg. (Vorst.: Prim. Dr. J Burk)

Dr. R. Wiborny, K. Prokschgasse 11, A-3580 Horn

Ungefähr 40% der weiblichen Sterilität sind durch Eileiterverschlüsse bedingt.

Als Therapieformen haben sich bis jetzt mikrochirurgische Eingriffe und die in vitro Fertilisation durchgesetzt.

Gerade bei proximalen Tubenverschlüssen ist der Zeitaufwand in der Mikrochirurgie erheblich und die Erfolgsquote mit einer Schwangerschaftsrate zwischen 20% und 30% limitiert.

Außerdem ist ein kostenaufwendiger mehrere Tage dauernder Spitalsaufenthalt erforderlich.

Die ivF ist ein aufwendiges Verfahren, das durch ein rund um die Uhr anwesendes Team sehr kostenintensiv ist. Die Geburtenrate liegt bei dieser Methode bestenfalls bei 20%.

Eine kostengünstigere Behandlungsform wurde in Anlehnung an die Coronararterien-dilatation 1986 im Mount Sinai Hospital in Chicago begonnen. Man führte Ballonkatheter

Freie Vorträge (Posterdemonstration)

399

über Führungskatheter, die je nach Tubenabgangswinkel verschieden waren in die proximal verschlossene Tube unter Röntgenkontrolle ein.

Bald schon stellten sich die ersten Erfolge ein und bis 1990 wurde dieser Eingriff an fünf Zentren bereits 89mal durchgeführt.

In 64 Fällen blieb der Eileiter auch nach einem Jahr offen und 22 Frauen (34%) wurden innerhalb eines Jahres schwanger.

17 Schwangerschaften verliefen regelrecht, 5mal kam es zu einem Abort und nur einmal endete die Schwangerschaft in einer Tubargravidität.

Da das Einführen des Ballonkatheters unter Röntgenkontrolle oft eines großen Zeitaufwandes bedurfte und somit die Strahlenbelastung und mögliche teratogene Folgen nicht unerheblich waren, entschlossen wir uns, die Ballonkatheterplastik hysteroskopisch unter pelviskopischer Kontrolle durchzuführen.

Wir verwenden den USCI Simplus Katheter und das Olympus Fiberskop CHF-P10.

Physiologische Kochsalzlösung dient als Entfaltungsmedium. Da die Spitze des Katheters nur halb so stark wie die Schaftstärke von 4,3 French ist, läßt sie sich leicht in den cornualen Anteil der Tube einführen, wobei durch Dehnen und Ablassen des Ballons ein weiteres Vorschieben des Katheters möglich wird, bis der Übertritt von Indigocarmin in die freie Bauchhöhle die Tubendurchgängigkeit anzeigt.

Von drei auf diese Art behandelten Patientinnen hat eine bereits ein gesundes Baby. Eine weitere befindet sich in der 17. Schwangerschaftswoche. Unglücklicherweise endete der dritte Fall in einer Eileiterschwangerschaft.

Durch diese schonende Methode können Patientinnen mit proximalem Tubenverschluß in Zukunft ambulant behandelt werden.

Da diese Operation im Rahmen der diagnostischen Laparoskopie angewandt werden kann, entfällt auch die Narkosebelastung durch einen weiteren Eingriff.

Literatur

1. Confino, E.; Friberg, J.; Gleicher, N.: Transcervical balloon tuboplasty. Fertility and Sterility, Vol 46: No. 5 (1986). 2 Confino, E.; Friberg, J.; Gleicher, N.: Preliminary experience with transcervical balloon tuboplasty, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 159: No. 2 (1988).