Pelviskopische eileiter-erhaltende Behandlung der Tubargravidität mittels Fibrinkleber

K.		Loidl
B.		Rudelstorfer

KH Hallein. Gyn. Abteilung (Vorst.: Prim. Dr. B. Rudelstorfer)

Dr. K. Loidl, KH Hallein, Gyn. Abteilung, A-5400 Hallein

Die Verbesserung der Endoskope, die Einführung der bildschirmkontrollierten operativen Endoskopie und die dadurch entstandene Möglichkeit der assistierten Operationstechnik eröffneten die Möglichkeit des Angehens vieler gynäkologischer Eingriffe auf diesem Wege. Eine der ersten pelviskopisch operativen Eingriffe war die Tubektomie bei Eileiterschwangerschaft [1], sehr bald folgte die eileitererhaltende Methode auf endoskopischem Weg, begünstigt durch die Vorteile der frühen Diagnostik mittels sensitiver Schwangerschaftstests und der Vaginosonographie. Das Ziel, einerseits möglichst wenig invasiv zu operieren und ein optimales Behandlungsergebnis zu erzielen, wird mittlerweile auf mannigfaltige Art angestrebt. Via Pelviskopie wird neben der Tubektomie einerseits die Tubotomie, andererseits auch die Instillierung von Medikamenten [2, 3] als eileitererhaltende Methode angewandt.

Mit dem Leitgedanken, die Tubotomie sicher zu verschließen und durch spannungsfreie Adaptierung das Rezidivrisiko möglichst gering zu halten, wurde an unserer Abteilung der Tubotomieverschluss mittels Fibrinklebung etabliert.

Patientinnen und Methode

In der Zeit vom 1.1. 1986 bis 31. 12. 1993 wurden an der gynäkologischen Abteilung des Krankenhauses Hallein/Salzburg 158 Tubargraviditäten (149 Patientinnen) beobachtet. 23 Operationen wurden per laparotomiam durchgeführt, 135 Tubargraviditäten (bei 126 Patientinnen) wurden mittels endoskopischer Abdominalchirurgie behandelt.

Technik

Der Zweikomponentenkleber (0,5-1 ml) wird nach exakter Ausräumung des Schwangerschaftsprodukts und der Blutstillung mittels Applikator auf die durch atraumatische Halter aneinander genäherten Wundränder. die durch atraumatische Halter aneinander genäherten Wundränder aufgetragen, nach mindestens 3minütiger Verfestigungszeit (Weißwerden des vorher durchsichtigen Klebers) werden die Halteinstrumente entfernt.

Indikationen

Operationstechnisch wurde zunächst versucht, jede Extrauterin-gravidität organerhaltend zu operieren. Die Indikation für die Tubektomie (in 20% d. F.) stellten lediglich abgeschlossene Familienplanung am Ende der Reproduktionsphase (n = 8), der ausdrückliche Wunsch der Patientin (n = 5), zweites Rezidiv auf derselben Seite (n = 3) und weit fortgeschrittene Zerstörung der Tubenwand (n = 5) dar.

Nachsorge

Serum-Beta-HCG-Kontrollen bei Entlassung und 7 Tage später. Bei entsprechender klinischer Symptomatik oder bei Wiederanstieg bzw. Persistenz von > 20 IU Beta-HCG wurde erneut stationär aufgenommen.

Ergebnisse

Operationsdauer: Während bis zum Jahr 1991 im Mittel 76 (40-120) Minuten für den Eingriff benötigt wurden, lag die durchschnittliche Operationsdauer im Jahr 1992 bei 49 (35-70) Minuten.

Komplikationen intraoperativ: Bei den 103 mittels endoskopischer Abdominalchirurgie behandelten Patientinnen mußte 1 × wegen technischer Probleme laparotomiert werden. (Probleme mit dem Instrumentarium bei starker Blutung). Andere intraoperative Komplikationen traten nicht auf.

Aufenthaltsdauer und Arbeitsunfähigkeit: Im Jahr 1986 (aus-schließlich Laparotomie) betrug die durchschnittliche Verweildauer ab der Operation 9 (8-13) Tage, im Jahr 1992 blieben die Patientinnen im Schnitt 4 (2-5 Tage) stationär.

Komplikationen postoperativ: Aufgrund der Nachsorge-untersuchungen mußten in 6 Fällen (6%) erneut pelviskopiert werden, einmal wegen eines eingeklemmten Netzzi-fels (im um-bilicalen Einstichbereich), in 3 Fällen wurde verbliebenes Trophoblastgewebe gefunden und entfernt, 2 × handelte es sich lediglich um eine serologisch nachgewiesene Tropho-blastpersistenz. ohne daß jedoch im vorhandenen Tubenhä-ma-tom histologisch choriales Gewebe nachgewiesen werden

konnte. In alien 5 Fällen wurde die Revision tubenerhaltend durchgeführt. Nachblutungen wurden in diesem Kollektiv nicht beobachtet.

Die Ermittlung von Kinderwunsch, Schwangerschafts- und Rezidivrate wurde einerseits durch die vereinbarten Nach-kontrollen, bei auswärtigen Patientinnen durch eine Frage-bogenaktion durchgeführt. Es konnten alle Frauen. die von 1986-1991 pelviskopisch operiert wurden, erfaßt werden. Bei den 40 Patientinnen mit aktivem Kinderwunsch zeigte sich eine Gesamtrezidivrate von 20% (8 von 40) und eine Gesamtrate von intrauterinen Schwangerschaften von 55 % (22 von 40). Im Vergleich mit den Angaben zur Literatur [4, 5, 6, 7] zeigt sich eine weitgehende Überein-stimmung.

Vorteile der Methode:

Minimal invasive Chirurgie. kurzer stationärer Aufenthalt. ra-sche Rekonvaleszenz. Keine Ausschlusskriterien, relativ einfache Technik. auch für „Nichtspezialisten“ leicht erlernbar. Zweiteingriff nur selten notwendig.

Nachteile der Methode:

Umgang mit dem Fibrinkleber ist gewöhnungsbedürftig (Auf-tauen. Applikation). Kosten des Klebers.

Zusammenfassend empfiehlt sich diese Methode. die sich in einem Krankenhaus der Grundversorgung etabliert hat und Patientinnen aus einem überregionalen Einzugsgebiet aufweist. als konkurrenzfähige Alternative zu den bisher bekannten Tech-niken.

Literatur

Semm K: Operationslehre für endoskopische Abdominalchirurgie – operative Pelviskopie. Schattauer Verlag Stuttgart-New York 1984. Ehgartner, Ch. et al.: Behandlung der Eileiterschwangerschaft mit Prostaglandinen: Eine Multizenterstudie. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 49 (1989) 808-812.

Lang P, Weiss AM, Mayer HO, Haas JG, Hönigl W: Conservative treatment of ectopic pregnancy with local injection of hyperosmolar glucose solution or prostaglandin-F2 Alpha: a prospective randomized study. *Lancet* 336 (1990)78-81.

Zöckler R, Dreßler F, Raatz D, Börner P: Die Tubargravidität im Wandel der Jahre 1983– 1989 *Gebh und Frauenheilkunde* 50. (1990): 947-953.

Pouly JL, Manhes H, Mage G, Canis M, Bruhat MA: Conservative laparoscopic treatment of 321 ectopic pregnancies. *Fertil. Steril.* 46. (1986): 1093-1097.

Mecke H, Airoglu Ch, Semm K: Die Behandlung der Tubargravidität per pelvisko-piam. Komplikationen. Schwangerschafts- und Rezidivraten. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 51, (1991): 549-553. De Cherney AH, Diamond MP: Laparoscopic salpingotomy for ectopic pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 70. (1987): 948-950.

26

Loidl/Rudelstorfer

Pelviskopische eileitererhaltende Behandlung der Tubargravidität mittels Fibrinkleber