

# Kinderwunsch nach Tubenligatur

wiederherstellende Chirurgie oder  
IVF ?

Laparoskopie oder Mikrochirurgie ?

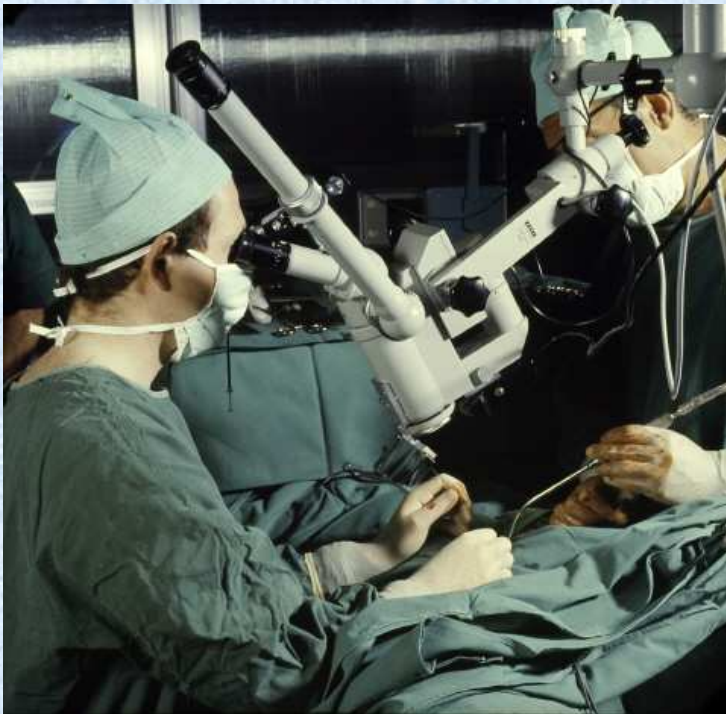


# Mikrochirurgische Refertilisation nach Tubensterilisation

Universitätsfrauenklinik Basel

Kantonsspital Baden

1976-2006



# Mikrochirurgische Refertilisation nach Tubensterilisation

"personal series"

1976-2006

558 Patientinnen



# Nach Tubensterilisation

Bedauern Entschluss 6% (Jamieson et al 2002)

Wunsch nach Refertilisation 2% (Trussel et al 2003)

Kohortenstudie Quebec 321`929 Pat. mit Sterilisation

# Eigene Serie

## n= 558 Patientinnen

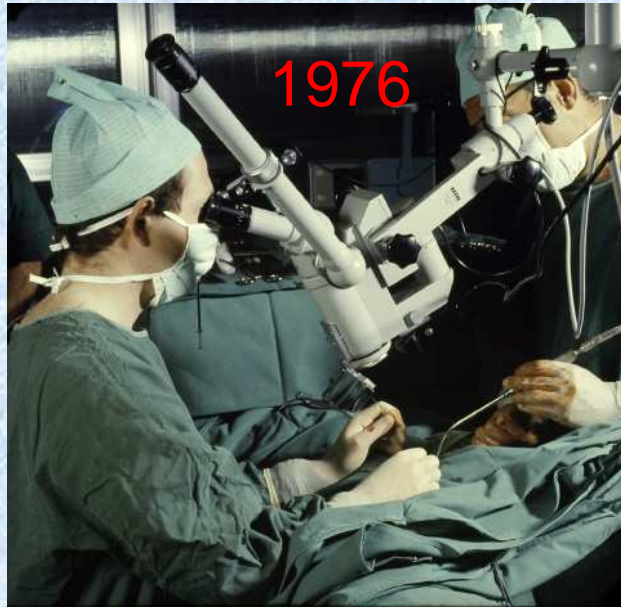
### Gründe für Refertilisation

Gruppe 1	neue Partnerschaft (Partner idR. jünger keine eigenen Kinder)	376 (67%)
Gruppe 2	Kinderwunsch in gleicher Partnerschaft	84 (15%)
Gruppe 3	Verlust eines Kindes (Unfall, akuter Kindstod)	34 (6%)
Gruppe 4	Wiederherstellung der eigenen körperlichen Integrität	33 (6%)
Gruppe 5	andere Gründe (in Jugend Ster. ohne Kinder)	31 (6%)

# Charakteristika der Patientinnen Gruppen 1-3 (n=494 Pat)

- Überdurchschnittliche Fertilität (2.2 Kinder)
- Alter  
35 - 40 Jahre

# Mikrochirurgische Refertilisation



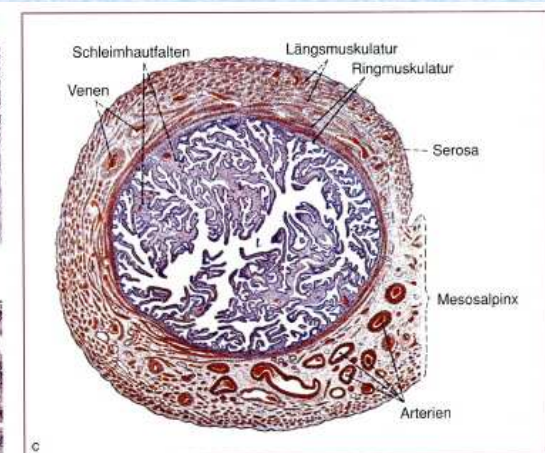
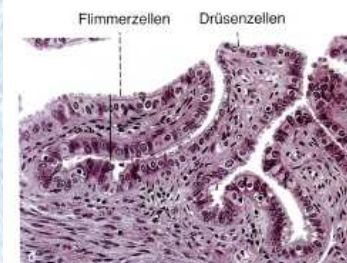
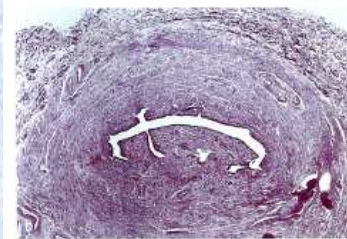
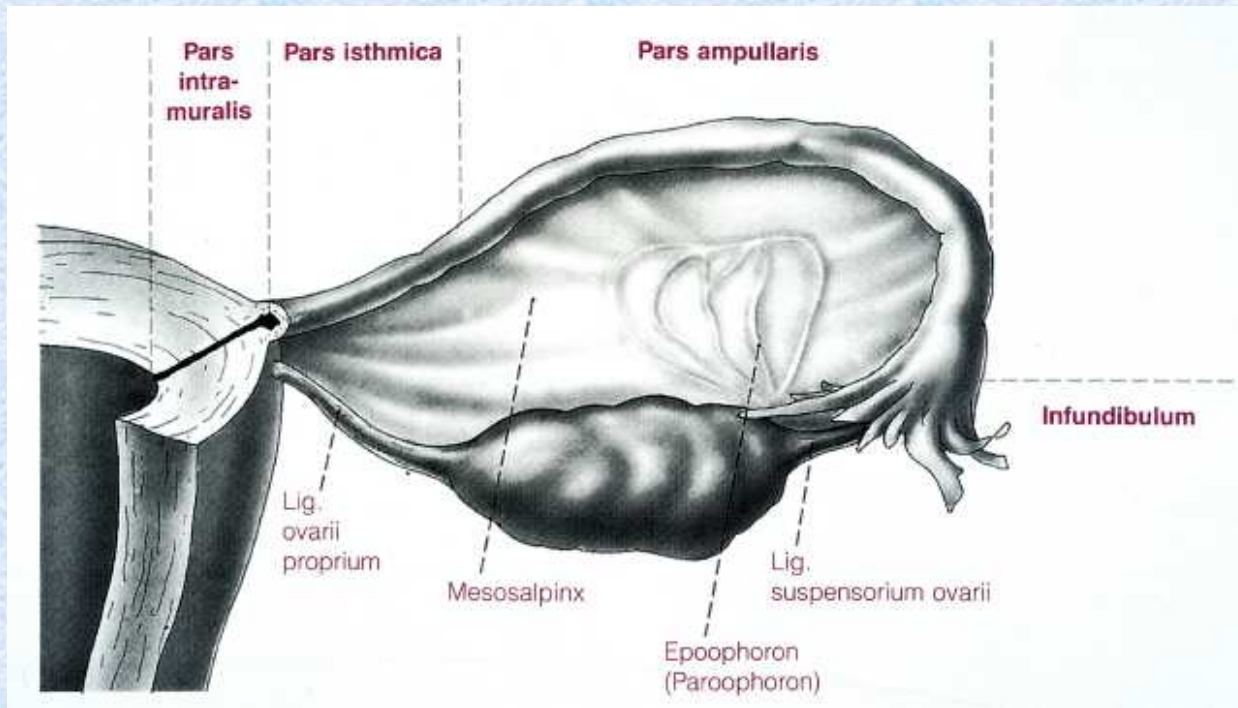
Op. Dauer 240-360 min.

60-90 min.

Hosp. Dauer 5-7 Tage

0-2 Tage  
(ambulant)

# Anatomie des Eileiters



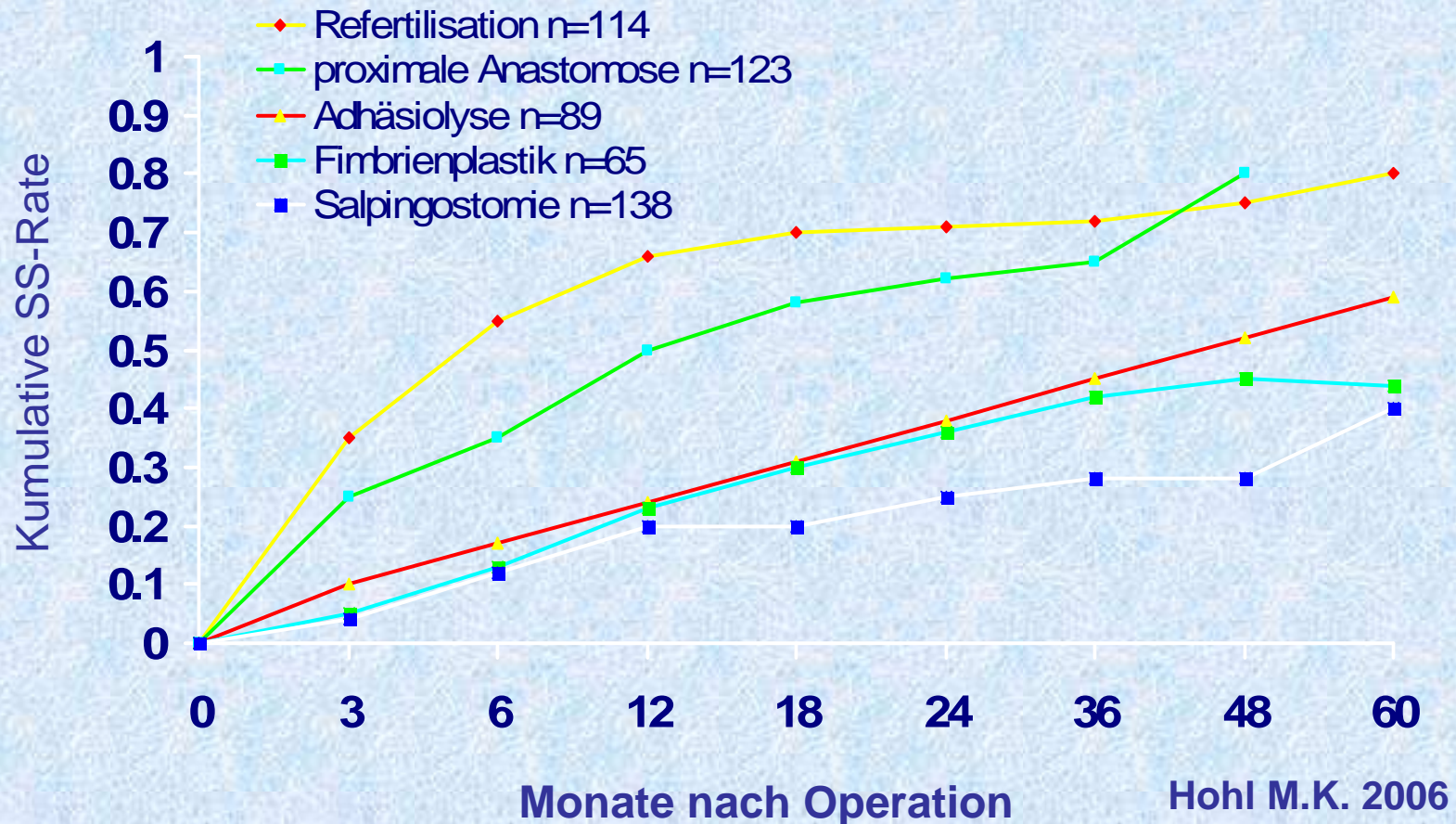
# Prinzipien der mikrochirurgischen Operationstechnik

1. Vermeidung von Peritonealtrauma
  - "handling" : atraumat. Instrumente
  - Irrigation
2. Schichtengerechtes Operieren
  - Gewebegrenzen
  - Gewebeerhaltung
3. Komplette Hämostase
4. Behandlung denudierter Gewebeflächen
5. Feines Nahtmaterial, Instrumente

# Ergebnisse nach Mikrochirurgie

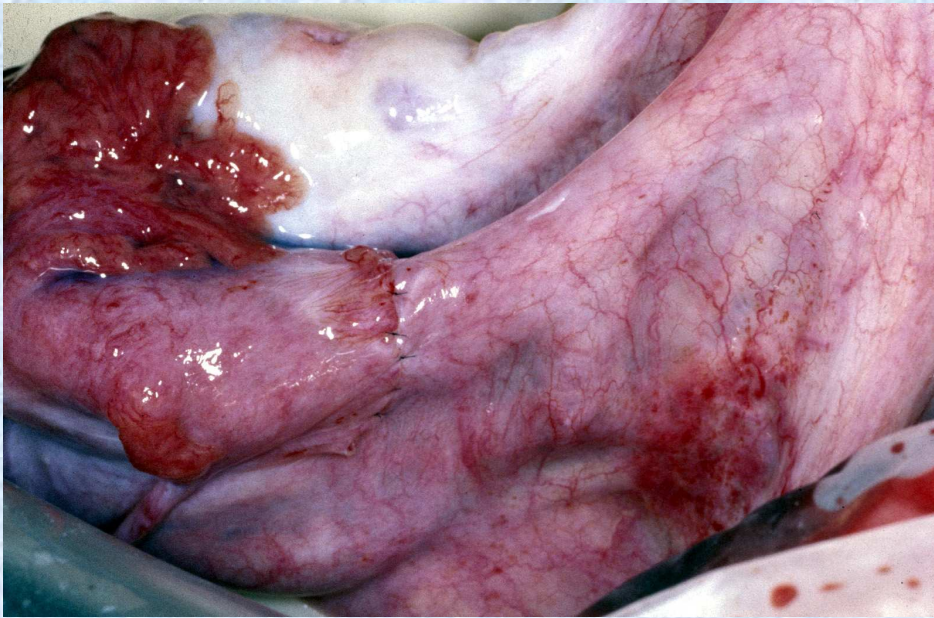
n=558

401 SS (72%)



# Intakte intrauterine Schwangerschaften nach Mikrochirurgischer Refertilisation

M.K. Hohl, personal series  
n=558 Patientinnen



- Alter < 40 Jahre
- ein Eileiter > 6cm
- kein männlicher Faktor  
267 von 291 Patientinnen  
= 91.7 %

# anatomische Prognosefaktoren

- Eileiterlänge (mindestens 6 cm)
- isthmo - isthmische Anastomose
- Status nach Clip oder Falopering (Tubenlänge)

# IVF oder Mikrochirurgie Meinungen

Z.Rosenwaks, et al. 1995:

"with normal ovarian function treatment decisions should be made after a careful analysis of chances of success and the risk of each option"

P. Devroey et al. 1999:

"we think that IVF and tubal surgery must be considered to be complementary rather than competitive procedures"

# Tubare Sterilität

## Komplexität

- Tubenschaden (Ort und Ausmass)
- zusätzliche Sterilitätsfaktoren
- Alter und Fertilität

# Primäre Therapiewahl bei tubarer Sterilität

## Operative Korrektur

- Patientinnen <36 Jahre
- erneuter Kinderwunsch nach Sterilisation

## IVF

- Patientinnen >36 Jahre
- bei zusätzlichem wesentlichen ovariellen +/- andrologischen Faktor
- bei ausgedehntem Tubenschaden (frozen pelvis; Pansalpingopathie)
- Status nach wiederholten EUG