

Kinderwunsch nach Vasektomie: Refertilisierung versus ICSI

J. ULLRICH SCHWARZER

Besteht nach einer Vasektomie (wieder) ein Kinderwunsch, so stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. ICSI oder Refertilisierung – Urologen und Gynäkologen vertreten hier zum Teil unterschiedliche Positionen. Grund genug, einmal die Argumente gegeneinander abzuwägen.

Immer häufiger trifft man in der urologischen Praxis auf Patienten, bei denen nach stattgehabter Vasektomie wieder ein Kinderwunsch auftritt. In über 90% der Fälle entspringt der erneute Kinderwunsch einer neuen Beziehung mit einer zumeist jüngeren Partnerin. In den restlichen Fällen handelt es sich um einen erneuten Kinderwunsch in derselben Beziehung oder um tragische Ereignisse, wie Tod von Kindern oder Ehepartnern. Die Frauen der vasktomierten Patienten sind zumeist jung und noch voll im reproduktionsfähigen Alter, während die betroffenen Männer oft bereits älter sind.

Refertilisierungs-Op oder MESA/TESE-Op mit ICSI?

Was soll der Urologe nun den Paaren zur Erfüllung ihres Kinderwunsches raten – die Refertilisierungsoperation oder die MESA/TESE-Operation (mikrochirurgische epididymale Spermienaspiration/testikuläre Spermienextraktion) mit konsekutiver ICSI (Intracytoplasmatische Spermieninjektion)?

Eine von den betroffenen Patienten häufig gestellte Frage bezieht sich auf ein evtl. erhöhtes Anomalierisiko des zu zeugenden Kindes. Weder durch die Tatsache der – zum Teil langjährig – stattgehabten Sterilisation noch durch die Tatsache einer evtl. durchzuführenden künstlichen Befruchtung mit ICSI ergibt sich ein erhöhtes Anomalierisiko für das Kind.

Von Seiten der Gynäkologen sind die Paare jedoch oft bereits einseitig in Richtung ICSI beeinflusst, weil offensichtlich die Ergebnisse der mikrochirurgischen Refertilisierungschirurgie in gynäkologischen Kreisen nicht hinreichend bekannt sind und andererseits

mancher IVF-Gynäkologe zum unkritischen Einsatz der ICSI verführt werden mag.

Deshalb sind im Folgenden die wesentlichen Argumente für und wider die beiden genannten therapeutischen Konzepte aufgeführt



© J. U. Schwarzer

Mikrochirurgische Refertilisierung: Typische Lumendifferenz aufgrund des dilatierten epididymalen Ductusstumpfes. Zweiseichtige End-zu-End-Anastomose mit 8–10 inneren Mucosnähten (10-0) und 12–15 äußeren Muscularisnähten (9-0)

Pro
ICSI

Ein häufig angeführtes Argument für eine primäre ICSI anstatt Refertilisierung ist der Wunsch nach nur einem Kind. Dieses Argument trifft vordergründig zu, erscheint jedoch sekundär gegenüber dem zunächst bestehenden Wunsch des Paares nach einem gemeinsamen gesunden Kind. Das Paar sucht die ärztliche Hilfe zur Erfüllung des gemeinsamen Kinderwunsches, weshalb alle Bemühungen des Arztes darauf gerichtet sein werden, diesen Kinderwunsch zu ermöglichen. Die Frage nach einer späteren Verhütung steht dabei im Hintergrund und wird nicht ausschlaggebend für die Entscheidung sein. Im Einzelfall kann die Entscheidung zur ICSI aufgrund eines gewissen zeitlichen Drucks durch das fortgeschrittene Alter der Frau angezeigt sein.

Pro
Refertilisierung

Für die Durchführung einer Refertilisierung als erste therapeutische Maßnahme sprechen:

- Bei ICSI erfolgt die Behandlung einer jungen, gesunden Frau, obwohl die Pathologie auf Seiten des Mannes liegt und diese dort auch behandelt werden könnte; dies erscheint ethisch fragwürdig.
- Risiken der für ICSI erforderlichen Hormonstimulation, Eizellpunktion etc. (je nach Kollektiv bis zu 5%)
- Belastung der Frau durch transvaginale Eizellentnahme (meist örtliche Betäubung) und Embryotransfer
- Psychische Belastung der Frau durch Eingriff in den Hormonhaushalt und fremdbestimmten Zeitplan und Ablauf der künstlichen Befruchtung
- Ein operativer Eingriff bleibt dem Mann auch bei Durchführung der ICSI nicht erspart, weil auch hierzu eine MESA/TESE erforderlich ist.
- Die Operationsrisiken der MESA/TESE-OP sind nicht geringer, es ist lediglich keine Narkose erforderlich (OP-Zeit 30 Minuten versus 90 Minuten).
- Der postoperative Schmerz und die Wundheilungsphase unterscheiden sich nur unwesentlich zwischen MESA/TESE-OP und Refertilisierung (eine Seite versus beide Seiten operiert bei Refertilisierung).
- Die Option der ICSI besteht auch bei primärer Durchführung der Refertilisierung weiterhin. Im Einzelfall kann eine Spermienkryokonservierung bereits in der ersten Sitzung der Refertilisierung zusätzlich mit durchgeführt werden.
- Die Ergebnisse der Refertilisierung liegen bei ca. 80% Durchgängigkeitsraten, d.h. Nachweis von ejakulierten Spermien postoperativ und ca. 50% spontaner Schwangerschaftsrate. Dies entspricht in etwa der kumulativen Schwangerschaftsrate von drei Zyklen ICSI nach MESA/TESE bei obstruktiver Azoospermie (50–60%). Die

- Schwangerschaftsrate pro ICSI-Zyklus liegt dagegen nur bei ca. 30%.
- Mehrlingsschwangerschaft: Wenn ICSI eine Schwangerschaftsrate von 30% pro Zyklus haben soll, müssen mindestens zwei Embryonen pro Zyklus transferiert werden. Die Zwillingsrate liegt dann bei ca. 15%.
- Im Falle einer Refertilisierung mit nachfolgendem OAT-Syndrom (Oligo-Asthenoteratozoospermie) kann eine intrauterine Insemination erfolgen. Dadurch kann die durchschnittlich 50%-ige spontane Schwangerschaftsrate ohne künstliche Befruchtung noch erhöht werden. Gegebenenfalls kann auch eine konventionelle IVF (In vitro Fertilisierung) durchgeführt werden. In Kombination mit MESA/TESE hingegen ist nur eine ICSI und kein anderes Verfahren möglich.
- Ein wesentliches natürliches Argument für die Refertilisierung besteht darin, dass die meisten Paare ihr Kind im Bett und nicht im Labor zeugen wollen.
- Die Kosten für die Refertilisierung liegen bei ca. 4.000 DM und gegebenenfalls Kryokonservierung. Bei drei Zyklen ICSI plus Kryokonservierung plus MESA/TESE fallen Kosten in Höhe von mindestens 15.000 DM an.

Die angeführten Argumente sprechen für die primäre Durchführung der Refertilisierung, obwohl die Entscheidung natürlich eine individuelle Entscheidung bleibt – Ausnahmen bestätigen die Regel. Für die umfassende und ausführliche Besprechung der Problematik mit dem Paar sollte man sich genügend Zeit nehmen. Dafür wird dann das Paar – unter Abwägung der o. g. Argumente – in der Regel dem Rat des Urologen folgen.

Prof. Dr. med. J. U. Schwarzer
Biberstr. 2b
85354 Freising



©: J. U. Schwarzer

Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Ein anderer Grund für die ICSI auf Seiten der Partnerin kann sein, dass sie aufgrund eines anders nicht therapierbaren pathologischen Befundes nur mit ICSI Fertilitätschancen hat. Die Tubenligatur der Frau aber sollte kein Grund zur Indizierung einer ICSI sein, da auch auf weiblicher Seite die Refertilisierungschancen sehr gut sind.