

Die Sterilisation des Mannes

H. Klosterhalfen

Die Vasoresektion hat als Methode der Antikonzeption eine große Bedeutung. Neben der operativen Sterilisation der Frau ist sie die sicherste Methode der Antikonzeption, wenn operativ bedingte technische Fehler vermieden und postoperative Spermogramm-Kontrollen durchgeführt werden. Nach einer Übersicht von *Leader* (2711 Fälle) muß man trotzdem damit rechnen, daß 1 von 400 Patienten zeugungsfähig bleibt. Die Mißerfolge beruhen darauf, daß der Operateur einen Ductus deferens nicht identifizierte oder ein Spermagranulom zu einer spontanen Rekanalisation führte. Deshalb sollten die Duktusstümpfe schleifenförmig umnäht werden. Auch eine Elektrokoagulation der Intima mit Unterbindung der Adventitia kommt in Frage.

Sterilization of the Male: Vasoresection has great significance as a method of contraception. Next to surgical sterilization of the female it is the most reliable method of contraception if surgical technical errors are avoided and postoperative spermograms are carried out. According to a review by *Leader* (2711 cases), 1 patient in 400 remaining capable of procreation must nevertheless be reckoned with. The failure is due to the fact that the surgeon did not identify a vas deferens or a spermagranuloma led to a spontaneous recanalization. For this reason the stumps of the vas should be stitched round. The question of electrocoagulation of the intima with ligature of the adventitia also arises.

Während die Vasektomie – oder richtiger gesagt – die Vasoresektion als Methode der Antikonzeption in vielen Ländern der Welt immer größere Bedeutung erlangt (USA 1971 750 000 Sterilisationen) wird sie in Deutschland vergleichsweise noch immer selten ausgeführt. Sie ist neben der operativen Sterilisation der Frau die sicherste Methode der Antikonzeption, vorausgesetzt, daß

1. operativ bedingte technische Fehler vermieden werden,
2. postoperative Spermogramm-Kontrollen durchgeführt werden.

Ziel des Eingriffs ist es, den Spermien den Weg „nach draußen“ definitiv zu versperren. Die Ejakulation wird nicht verhindert: das Sekret der Samenblasen und der Prostata wird weiter produziert und weiter ejakuliert, ist aber frei von „aggressiven Elementen“.

Obwohl die Technik der Vasoresektion sehr einfach ist, sind gewisse Faktoren von Bedeutung, deren Nichtbeachtung gewöhnlich zu einer abschließenden Begegnung von Arzt und Patient im Gerichtssaal führt. In diesem Zusammenhang sind primäre Fehler der operativen Technik derart zu erwähnen, daß

a) zwar eine Seite *lege artis*, auf der Gegenseite jedoch anstelle des Duktus nur ein Duktus-ähnliches Gebilde durchtrennt wird,

b) daß statt rechts und links zu reseziieren, zweimal der gleiche Duktus an verschiedenen Stellen angegangen wird.

Solche primären Fehler der operativen Technik ereignen sich dann, wenn der Operateur – in anderen Körperregionen durchaus sicher – im Skrotum nicht so genau Bescheid weiß oder den Eingriff – weil ja Banalität – unterschätzt oder infolge mangelhafter Lokalanästhesie durch die Schmerzäußerungen des Patienten zur Eile angetrieben wird.

Ein indirekter aber gegebenenfalls ebenso folgenschwerer Fehler ist die Unterlassung der Orientierung des Patienten, daß auch nach *lege artis* vorgenommener Sterilisation noch monatelang Spermien im Ejakulat vorkommen können. Diese „Nachzügler“ befanden sich zum Zeitpunkt der Sterilisation bereits distal der Durchtrennungsstelle im Ductus deferens oder in den Samenblasen. *Marshall u. Lyon* kamen 1972 zu einem ähnlichen Ergebnis aufgrund einer Untersuchung bei 200 Fällen: Nach 12 Ejakulationen waren nur 65% der Patienten ohne Spermien, nach 24 Ejakulationen hatten nur noch – bzw. immer noch – 2,5% der Operierten Spermien im Ejakulat.

Die Spülung der ableitenden Samenwege mit Rivanol bzw. Nitrofurantoin bei der Vasoresektion führt zwar zur Verkürzung der Spermiennachweiszeiten, entbindet aber nicht von der grundsätzlichen Forderung, andere kontrazeptive Maßnahmen erst dann aufzugeben, wenn im Ejakulat keine Spermien mehr nachweisbar sind. Die erste Kontrolle sollte man 6 Wochen nach der Operation durchführen. Eine Angabe darüber

Prof. Dr. med. H. Klosterhalfen, Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik der Universität Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, D-2000 Hamburg 20.

zu machen, zu welchem Zeitpunkt nach der Sterilisation und nach wievielen Ejakulationen eine Azoospermie eintritt, ist jedenfalls nicht möglich. Erst mit dieser Praxis erhält der Patient das erforderliche Maß an Sicherheit und nur so kann der Arzt sich vor sonst gerechtfertigten Schadenersatzansprüchen schützen.

Die operative Technik der Sterilisation ist im Grundsatz einerseits als einfach, andererseits in Kenntnis der möglichen Komplikationen als diffizil zu bezeichnen.

Einer Sammelstatistik über die häufigsten Komplikationen bei 2711 Fällen (*Leader u. Mitarb.*) ist zu entnehmen, daß annähernd 1 von 400 Fällen trotz Operation zeugungsfähig bleibt. Die Mißerfolge beruhen auf der Tatsache, daß

1. der Operateur wenigstens einen Ductus deferens nicht identifizierte,
2. auf einer spontanen Rekanalisation infolge eines Spermagranuloms.

Weil es eben noch keine Methode gibt, die gänzlich ohne diese unangenehmste Spätkomplikation einhergeht, dürfen nur noch die beiden operativen Verfahren zur Anwendung kommen, die mit der niedrigsten Granulomfrequenz verbunden sind. Dabei handelt es sich um das u-förmige Umnähen der Duktusstümpfe und die Elektrokoagulation der Intima mit Unterbindung der bindegewebigen Adventitia. Die

einfache Durchtrennung (Vasotomie) und die einfache Vasoresektion mit jeweiliger Unterbindung der Stümpfe, die distal der Unterbindungsstelle nekrotisch werden können, damit wieder das Lumen des Duktus freigeben und ein Spermagranulom verursachen können, sind unzuverlässige Methoden und als überholt zu beurteilen. Die Sterilisation ist eine operative Methode. Es gibt keine fehlerlose operative Methode. Das gilt auch für die Sterilisation.

Schließlich noch ein Wort zur Refertilisierung nach Sterilisation, eine Frage, die vielfach falsch beantwortet wird.

Im Gegensatz zur immer wieder geäußerten und publizierten Meinung, Refertilisierungsoperationen hätten nur eine geringe Chance, steht es fest, daß die Erfolgsquote bei entsprechender operativer Technik und entsprechender Erfahrung des Operateurs bei 80% liegt.

Literatur

1. Albert, P. S. u. Mitarb.: Brit. J. Urol. 47 (1975) 459.
2. Boeminghaus, F.: Persönliche Mitteilung.
3. Konietzko, D., Reinecke, F.: Dtsch. med. Wschr. 98 (1973) 1221.
4. Leader, A. J. u. Mitarb.: J. Urol. 111 (1974) 365.
5. Schirren, C.: Urologe B 15 (1975) 12.
6. Schmidt, St.: J. Urol. 109 (1973) 296.