

ICSI und Vasovasostomie als ergänzende Massnahmen

Leserbrief zu: Mattei A, Birkhäuser F, Studer UE. Kinderwunsch nach Vasektomie – wie weiter?¹

Mattei et al. stellen in ihrer Übersichtsarbeit zur Behandlung eines Kinderwunsches nach Vasektomie eine reproduktionsmedizinische Massnahme, die ICSI (intrazytoplasmatische Spermieninjektion), der Vasovasostomie als Alternative gegenüber. Sie kommen zum Schluss, dass die Vasovasostomie aufgrund höherer Chancen, niedriger Risiken und tieferer Kosten einer ICSI vorzuziehen sei.

In der Realität des klinischen Alltags stellt sich diese Frage des Entweder-Oders jedoch nicht, da sich die ICSI und die Vasovasostomie nicht gegenseitig ausschliessen, sondern ergänzen. Meist wird die Vasovasostomie sowohl vom Patienten als auch von der beratenden Fachperson vorgezogen. Allerdings wird die mögliche Gewinnung und Kryokonservierung von Spermien (MESA oder TESE) im Rahmen der Refertilisierungsoperation gerne angenommen. Dies für den Fall, dass die Vasovasostomie nicht zum erwünschten Erfolg, nämlich der Geburt eines Kindes führt. Diese eingefrorenen Spermien können in einem zweiten Schritt für eine ICSI verwendet werden und so dem Paar trotzdem noch zum ersehnten Kind verhelfen. Aus diesem Grunde ist es empfehlenswert, Vasovasostomien nur an Zentren durchzuführen, wo die Möglichkeit der Kryokonservierung von extrahierten Spermien besteht.

Bei der Beurteilung der Geburtchancen dürfen die Schwangerschaftsraten nach Vasovasostomien nicht mit den zitierten ICSI-Resultaten verglichen werden. Während sich in der refertilisierten Population fast ausschliesslich hochfertile Männer befinden, ist bei der ICSI-Kohorte das pure Gegenteil zu beobachten, nämlich in der Regel schwerste männliche Subfertilitäten. Obschon die ICSI für die Therapie genau dieser Probleme geeignet ist, ist bei schwersten männlichen Fertilitätseinschränkungen auch bei der ICSI mit einer reduzierten Schwangerschaftschanse zu rechnen.

Im Weiteren ist zu berücksichtigen, dass es nicht nur sehr unterschiedliche Operateure mit sehr verschiedenen Refertilisationsraten gibt, sondern auch sehr unterschiedliche Kinderwunsch-Zentren mit sehr verschiedenen Schwangerschaftsraten. So können heute gemäss FIVNAT-CH, dem nationalen IVF-Register der Schweiz, die besten Schweizer Kinderwunsch-Zentren sieben von zehn Paaren zu einem Kind verhelfen und dies selbst unter Einbezug schwierigster Fertilitätssituationen. Dass die Schwangerschaftsraten der operierenden Autoren somit, wie vom Reviewer des Artikels verallgemeinernd kolportiert, «deutlich über jenen assistierter Reproduktionsverfahren» liegen, kann so nicht bestätigt werden.

Ebenso sind Unterschiede in den Vergleichsgruppen zu berücksichtigen, wenn das Malformationsrisiko diskutiert wird. Zwar ist es richtig, dass das Fehlbildungsrisiko nach ICSI höher liegt als bei der Kontrollgruppe, allerdings in Abhängigkeit zum Schweregrad der männlichen Subfertilität [1]. Somit können die zitierten Fehlbildungsrisiken von einer ICSI-Population mit schwersten männlichen Subfertilitäten nicht mit den Missbildungsrisiken von ohne Vasektomie voll fertilen Männern verglichen werden.

Bruno Imthurn

Korrespondenz:
Prof. Bruno Imthurn
Klinik für
Reproduktions-Endokrinologie
Departement Frauenheilkunde
Universitätsspital
CH-8091 Zürich
endo@usz.ch

¹ SMF 2007;7(47):955–7.

Literatur

- 1 Macas E, Imthurn B, Keller PJ. Increased incidence of numerical chromosome abnormalities in spermatozoa injected into human oocytes by ICSI. Hum Reprod. 2001;16:115–20.