

Redaktion

R. Felberbaum, Kempten
 M. von Wolff, Bern

Laparoskopische Follikelpunktion

Kasuistik

Vorstellig wurde eine 29-jährige Patientin mit primärer Sterilität und einem Uterus duplex. Wegen einer schweren Oligoasthenozoospermie wird eine In-vitro-Fertilisation indiziert. Die Ovarien lassen sich vor der Stimulation weder transvaginal noch transabdominal sonographisch darstellen.

Nach einer 9-tägigen Stimulationsbehandlung mit HMG, 225 IE/Tag sind die Ovarien transabdominal sonographisch nachweisbar. Beide Ovarien liegen auf der Höhe der Beckenkämme. Eine transabdominale Punktion der Ovarien ist wegen einer Darmüberlagerung nicht möglich. Nach einer Ovulationsinduktion mit HCG erfolgt deswegen die laparoskopische Follikelpunktion (▣ **Abb. 1**).

Bei der Laparoskopie zeigt sich, dass beide Ovarien kranial der Fossa ovarica liegen und auch nicht nach kaudal luxiert werden können. Die Aspiration erfolgt mithilfe einer regulären 17-G-Nadel durch den Trokar im rechten bzw. linken Unterbauch.

Sechs Oozyten können gewonnen werden. Alle Oozyten befinden sich in der Metaphase II und werden einer ICSI zugeführt. Vier Oozyten werden erfolgreich fertilisiert. In jedes Cavum wird ein Embryo transferiert.

Diskussion

In den ersten Jahren nach der Einführung der IVF wurden Follikelpunktionen überwiegend laparoskopisch oder transabdo-

minal durchgeführt. Auch beim GIFT („gamete intrafollopian transfer“) wurde initial die laparoskopische Punktion angewendet. In den 1980er-Jahren wurde diese Entnahmetechnik durch die transvaginale Punktion ersetzt. Die letzten vergleichenden Studien der Entnahmetechniken wurden entsprechend in den 1980er-Jahren publiziert. IVF-Ärzte, die erst später ihre Tätigkeit aufgenommen haben, sind mit diesen alternativen Entnahmetechniken deswegen nicht mehr vertraut.

Eine transabdominale oder laparoskopische Punktion ist – wie in dem beschriebenen Fall – in der Regel nur noch bei einem Maldescensus der Ovarien erforderlich, der bei einer Uterusagenesie oder – selten – bei einer Uterusfehlbildung auftreten kann. Laparoskopische und transabdominale Follikelpunktionen

wurden in den letzten Jahren deswegen nur sporadisch als Falldarstellungen publiziert.

Bei einer transabdominalen Punktion bei einer 26-jährigen Patientin mit einer Uterusagenesie gewann Damario [1] mit einer Vaginalsonde unter Verwendung einer 16-G-Nadel 6 Oozyten. Bei einer laparoskopischen Follikelpunktion bei einer 27-jährigen Patientin mit einer Uterusagenesie entnahmen Raju et al. [3] 11 Oozyten. Lewin et al. [2] verglichen die transabdominale mit der laparoskopischen Follikelpunktion bei 60 Frauen. Bei der laparoskopischen Aspiration war die Zahl aspirierter und transferierter Oozyten größer (5,3 vs. 4,0/Patientin und 3,0 vs. 2,3/Patientin), die klinische Schwangerschaftsrate war aber ähnlich. Wiseman et al. [4] bezogen in den Vergleich noch zu-

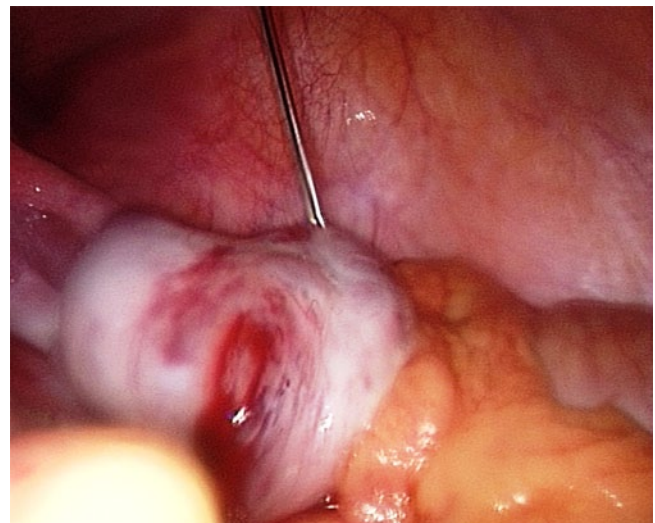


Abb. 1 ▶ Intraabdominale Ansicht der laparoskopischen Punktion des rechten Ovars

sätzlich die transvaginale Follikelpunktion mit ein und fanden in der Gruppe transvaginal punktierter Patientinnen die höchste Anzahl von Oozyten (n=9,1; laparoskopisch: 6,0).

Zusammenfassend sind alternative Zugangswege zum Ovar nur noch sehr selten erforderlich. Die Ausbeute an Eizellen scheint bei einem transabdominalen und laparoskopischen Zugang ähnlich zu sein, ist aber niedriger als bei einer transvaginalen Punktion.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. von Wolff

Frauenklinik; Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Inselspital Bern, Universitätsfrauenklinik Bern Effingerstr. 102, 3010 Bern Schweiz
Michael.vonWolff@insel.ch

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Damario MA (2002) Transabdominal-transperitoneal ultrasound-guided oocyte retrieval in a patient with Müllerian agenesis. *Fertil Steril* 78:189–191
2. Lewin A, Laufer N, Rabinowitz R et al (1986) Ultrasonically guided oocyte collection under local anesthesia: the first choice method for in vitro fertilization – a comparative study with laparoscopy. *Fertil Steril* 46:257–261
3. Raju GA, Haranath GB, Krishna KM et al (2006) Successful pregnancy with laparoscopic oocyte retrieval and in-vitro fertilisation in Mullerian agenesis. *Singapore Med J* 47:329–331
4. Wiseman DA, Short WB, Pattinson HA et al (1989) Oocyte retrieval in an in vitro fertilization-embryo transfer program: comparison of four methods. *Radiology* 173:99–102

Zusammenfassung · Abstract

Gynäkologische Endokrinologie 2010 · 9:58–59
DOI 10.1007/s10304-010-0381-y
© Springer-Verlag 2010

M. von Wolff · A. Santi

Laparoskopische Follikelpunktion

Zusammenfassung

Eine transabdominale oder laparoskopische Follikelpunktion ist in der Regel nur noch bei einem Maldescensus der Ovarien erforderlich, der bei einer Uterusagenesie oder bei einer Uterusfehlbildung auftreten kann. Die Ausbeute an Eizellen scheint bei einem transabdominalen und laparoskopischen Zugang ähnlich zu sein, ist aber niedriger als bei einer transvaginalen Punktion.

Schlüsselwörter

Laparoskopische Follikelpunktion · Transabdominale Follikelpunktion · Uterusagenesie · Maldescensus der Ovarien · In-vitro-Fertilisation

Laparoscopic follicular puncture

Abstract

Normally, transabdominal or laparoscopic follicular puncture is now only necessary in ovarian maldescent, which can be the case in uterine agenesis or – rarely – uterine malformation. The rate of oocyte retrieval appears to be similar with transabdominal and laparoscopic approaches but is lower than with a transvaginal puncture.

Keywords

Laparoscopic follicular puncture · Transabdominal follicular puncture · Uterine agenesis · Ovarian maldescent · In vitro fertilization