

Matthea Rauchholz

Dr. med.

Neue klinische und experimentelle Therapieansätze auf der Basis einer Re-Analyse der Pathomorphologie der proximalen Tubenpathologie bei tubarer Sterilität

Geboren am 03.12.1968 in Tamuning, Guam

Reifeprüfung am 26.05.1989

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1989 bis WS 1996

Physikum am 10.09.1991 an der Universität Heidelberg

Klinisches Studium in Heidelberg

Praktisches Jahr in Karlsruhe, Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg

Staatsexamen am 21.11.1996 an der Universität Freiburg

Promotionsfach: Frauenheilkunde

Doktorvater: Prof. Dr. med. Dr. h. c. G. Bastert

Ein pathologischer Tubenfaktor ist in etwa einem Drittel der Fälle die Ursache weiblicher Sterilität. In 20-30% werden proximale Tubenpathologien und Tubenokklusionen beschrieben.

Die Therapie der Wahl bei isolierter proximaler Tubenpathologie ist bisher noch die mikrochirurgische Tubenrekonstruktion mit Resektion des pathologischen Segments. Vor dem Hintergrund intraluminaler Tubenpathologien, wie occluierende Plugs, Adhäsionen oder Synechien, ist eine minimal invasive intratubare Therapie angezeigt. Ähnlich dem Konzept der Gefäßdilatation in der Angiologie ist eine ähnliche Methode zur Dilatation und Rekanalisierung proximal verschlossener Tuben entwickelt worden.

Über einen hysteroskopisch eingeführten linear-evertierenden Ballonkatheter ist eine intraoperative Rekanalisierungsrate von 62,8% gelungen, wobei die Tubenperforationsrate 2,8% betrug. Obwohl intraoperativ gute Erfolge erzielt wurden, zeigte die Ballonkatheterdilatation der Tube schlechte Ergebnisse bezüglich eingetretener

Schwangerschaften. Vor dem Hintergrund von Tubenwandpathologie sind diese Ergebnisse nachvollziehbar.

Proximale Tubenpathologie beschreibt eine Vielfalt von intraluminaler- und Tubenwandpathologie mit der Folge von Tubenfunktionsstörungen und Obstruktionen. Die genaue Ätiologie ist bis heute noch unklar. Bestimmte Tubenläsionen scheinen die Implantation von glandulären Strukturen wie Endometriose und Endosalpingiose innerhalb der Tubenwand sowie Fibrose der Tube zu erleichtern.

Bei intraluminalem Debris oder “plugs” als zugrundeliegender Pathologie ist die Katheterisierung der Tube eine Therapieoption.

Durch weitere technologische Fortschritte ist der endoskopische intratubare Zugang durch die Falloposkopie ermöglicht. Das flexible Fiberendoskop gewährleistet nicht nur die Visualisierung von intratubarer Pathologie, sondern auch die “Mikro”- Chirurgie in statt an der Tube mit Hilfe eines Arbeitskanals, passend für eine 200 µm Laserfaser. Eine Feinsteuerung sowie kontinuierliche Spülung zur Lumendistension, gute Visualisierung und Faserkühlung ermöglichen präzise intratubare Präparationsschritte in vitro.

Aufgrund einer geringeren Koagulations- und Tiefenwirkung erwies sich der Argon-Laser im Vergleich zum Nd: Yag- Laser als besser geeignet.

Ob in Zukunft die minimal invasive intratubare Lasertherapie bei intraluminaler und Tubenwandpathologie erfolgreich ist, bleibt abzuwarten.

