

Vasektomie: Was außer den operativen Aspekten wichtig ist

Die Sterilisationsvasektomie gilt in den westlichen Industrieländern als etablierte Verhütungsmethode und wird mindestens 50 000 mal pro Jahr in der BRD durchgeführt, wo ca. 3% der Männer sterilisiert sind.

VON PROF. DR. J. ULLRICH SCHWARZER

Die präoperative Aufklärung über die Sterilisationsvasektomie muss die Notwendigkeit von postoperativen Spermogrammkontrollen, die Risiken für Rekanalisation, Genitalneuralgie und andere mögliche Komplikationen beinhalten. Zwischen Aufklärung und Operation sollte eine ausreichende Bedenkzeit für den Patienten liegen.

Für die Vasektomie einer unter Betreuung stehenden Person gelten sehr hohe rechtliche Hürden. Die Durchtrennung beider Samenleiter, die Ligatur, Koagulation der Lumina und Faszieninterposition gelten als sicherste Maßnahmen gegen Vasektomieversagen und Rekanalisation. Die Aufklärung und die Durchführung des gesamten Eingriffs müssen sorgfältig dokumentiert werden.

Operative Aspekte

Zur Sterilisationsvasektomie gibt es keine deutsche, jedoch eine europäische Leitlinie. Dort wird keine bestimmte Vasektomietechnik favorisiert, jedoch werden entscheidende Kriterien für die operative Qualität mit dem Ziel einer möglichst geringen Versager- und Rekanalisationsrate genannt. Dies sind die Durchtrennung des Ductus, Ligatur und Koagulation der Ductusstümpfe sowie die Faszieninterposition. Der operative Zugang kann über eine oder zwei skrotale Inzisionen erfolgen, die Durchtrennung der Samenleiter ist obligat, die Länge des eventuell resezierten Ductusabschnitts ist unerheblich, die Ligatur kann mit resorbierbaren oder nicht-resorbierbaren Fäden, ggf. auch mit Clips erfolgen und eine histologische Untersuchung des Resektates ist nicht erforderlich. Das Umschlagen der Ductusstümpfe erscheint nicht erforderlich.

Die Vasektomie erfolgt in der Regel in Lokalanästhesie. Die No-Scalpel-Vasektomie (NSV) wird in den EAU-Leitlinien als vermutlich weniger traumatisch als die herkömmliche Vasektomietechnik beurteilt.

Postoperative Kontrollen

Die EAU-Leitlinien fordern nur ein Spermogramm nach 3 Monaten und ermöglichen sogar eine „Freigabe“ des Patienten bei weniger als 100.000 nicht-motilen Spermatozoen im Ejakulat. Dies ist auf Deutschland nicht übertragbar, wo zwei Spermogramme ohne Nachweis von Spermatozoen gefordert werden. Die Befundung der Azoospermie sollte entsprechend dem WHO-Standard von 2010 bestätigen, dass nach Zentrifugation des Ejakulats (3000 G/15 min.) keine Spermatozoen nachgewiesen wurden, dies jedoch ohne die Tatsachenbehauptung, dass keine Spermatozoen vorhanden sind. Das erste Spermogramm kann nach 6-8 Wochen, das zweite sollte erst nach 4 Monaten erfolgen, weil es in der Literatur einen



Instrumente zur No-Scalpel-Vasektomie: Spitzklemme und Ringklemme



Prof. Dr. J. Ullrich Schwarzer, Andrologie-Centrum-München

Häufigkeitsspitzen für eine Frührekanalisation bei 3 - 4 Monaten gibt. Falls nach der Vasektomie noch motile Spermatozoen im Ejakulat nachgewiesen werden, ist eine Revisionsoperation indiziert.

Wissenschaftliche Aspekte

Bereits seit den 90er Jahren gibt es eine Diskussion über ein möglicherweise erhöhtes Risiko für Prostatakrebs bei vasektomierten Männern (Rosenberg et al. 1990 und 1994, Giovanucci et al. 1993), wobei aber aufgrund der höchst umstrittenen Datenlage nie Empfehlungen von Fachgesellschaften zur Patientenaufklärung über ein evtl. erhöhtes Risiko resultierten.

9/2014 publizierte die Arbeitsgruppe von Giovanucci nun erneut eine Langzeitstudie mit 50 000 Patienten mit dem Ergebnis eines etwas erhöhten Risikos für ein aggressives Prostatakarzinom nach Vasektomie. Zwei Metaanalysen aus dem Jahr 2015 (ohne Berücksichtigung der Giovanucci-Studie von 2014) sahen hingegen kein erhöhtes Risiko (2-4).

Die Datenlage kann sicherlich noch nicht abschließend beurteilt werden, weshalb die Patienten auch nicht über ein erhöhtes Risiko für Prostatakrebs aufgeklärt werden sollten, wohl aber darüber, dass es eine wissenschaftliche Diskussion dazu gibt.

Juristische Aspekte

Die Sterilisationsvasektomie ist nicht selten Anlass für juristische Klagen gegen Urologen, weshalb bei der Aufklärung, der Durchführung, der Doku-

mentation und der Nachsorge höchste Sorgfalt angezeigt ist. Die Aufklärung und die Dokumentation des gesamten Procedere sind besonders wichtig, weil alles, was nicht dokumentiert ist, im juristischen Sinne als nicht gemacht gilt. Besonders fatal wäre das Eintreten einer Beweislastumkehr durch ungenügende Dokumentation.

Für die Aufklärung entscheidend ist das ausführliche Arzt-Patienten-Gespräch und nicht die Aushändigung des Aufklärungsbogens, der nur das Gespräch dokumentiert. Handschriftliche Zusätze auf dem Aufklärungsbogen sind ein guter Beweis für das tatsächlich erfolgte Gespräch. Die Zeit zwischen Aufklärung und Operation sollte ausreichend für den Patienten sein. Die präoperative Aushändigung einer Kopie des unterschriebenen Dokumentationsbogens an den Patienten muss nachgewiesen werden.

Empfohlene Aufklärungsinhalte vor Sterilisationsvasektomie sind:

- Alternative Verhütungsmaßnahmen und potenzielle Irreversibilität des Eingriffs.
- Frühkomplikationen: Allergie, Gefäß- und Nervenverletzungen, Nachblutung, Infektion etc.
- Längerfristige Komplikationen und Folgen:
 - Postvasektomie-Syndrom (Genitalneuralgie),
 - Samenleitergranulome
 - Hydrozele testis
 - Psychische und sexuelle Probleme
 - Rekanalisationsrisiko zu jedem späteren Zeitpunkt
- Notwendigkeit postoperativer Spermogrammkontrollen
- Wissenschaftliche Diskussion über fragliches Prostatakrebsrisiko

Patienten unter Betreuung

Jede Vasektomie von unmündigen oder unter Betreuung stehenden Patienten muss stets vom Betreuungsgericht genehmigt werden (§ 1905 Abs. 2 BGB, § 297 FamFG) und es muss immer zusätzlich ein besonderer Betreuer mit nur diesem einen Aufgabenkreis bestellt werden (§ 1899 Abs. 2 BGB). Die Sterilisation Minderjähriger ist unzulässig (§ 1631c BGB), auch wenn die Eltern oder der Vormund einwilligen würden.



Veranstaltung

„Andrologie“

Mittwoch, 28. September, 13:00 bis 14:30 Uhr, Saal 3, Ebene 1

Vorsitz: Th. Diemer (Gießen), S. Kliesch (Münster), Ch. Leiber (Freiburg)

Bei der Vasektomie im Fokus: Ductus deferens.

© SPRINGER VLK GMBH