Sterilisationsvasektomie

Operative, wissenschaftliche und juristische Aspekte

J. U. Schwarzer

Die Sterilisationsvasektomie gilt in den westlichen Industrieländern als etablierte Verhütungsmethode und wird mindestens 50 000 Mal pro Jahr in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt, wo circa 3 % der Männer sterilisiert sind. Prof. J. Ullrich Schwarzer, München, fasst hier die operativen, wissenschaftlichen und juristischen Aspekte der Sterilisationsvasektomie zusammen.

Zur Sterilisationsvasektomie gibt es keine deutsche, jedoch eine europäische Leitlinie [1]. 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, die Koagulation und Ligatur der Ductusstümpfe sowie die Faszieninterposition. Der operative Zugang kann über eine oder 2 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, gegebenenfalls auch mit Clips erfolgen und eine histologische Untersuchung des Resektats ist nicht erforderlich. Das Umschlagen der Ductusstümpfe erscheint nicht erforderlich. Die No-Scalpel-Vasektomie (NSV) wird in den Leitlinien der European Association of Urology (EAU) als vermutlich weniger traumatisch als die herkömmliche Vasektomietechnik beurteilt (Abb. 1).

Postoperative Kontrollen: Was wird gefordert?

Die EAU-Leitlinien fordern nur ein Spermiogramm nach 3 Monaten, wobei zu diesem Zeitpunkt bereits 20 Ejakulationen erfolgt sein sollen, und ermöglichen sogar eine „Freigabe" des Patienten bei weniger als 100 000 nicht motilen Spermatozoen im Ejakulat. Dies ist auf Deutschland nicht übertragbar, wo 2 Spermiogramme ohne Nachweis von Spermatozoen gefordert werden. Die Befundung der Azoospermie sollte entsprechend dem Standard der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2010 erfolgen, dass nach Zentrifugation des Ejakulats (3000 G / 15 min) keine Spermatozoen nachgewiesen wurden und ohne die Tatsachenbehauptung, dass keine Spermatozoen vorhanden sind.

Das erste Spermiogramm kann nach 6-8 Wochen und das zweite nach 3-4 Monaten erfolgen, wobei 4 Monate sinnvoller erscheinen, weil es in der Literatur einen Häufigkeitsgipfel für die frühe Rekanalisation bei 3-4 Monaten gibt. Falls nach der Vasektomie noch motile Spermatozoen im Ejakulat nachgewiesen werden, ist eine Revisionsoperation indiziert.

Diskussion über erhöhtes Risiko für Prostatakrebs seit Anfang der 90er

Bereits seit Anfang der 90er Jahre gibt es eine Diskussion über ein möglicherweise erhöhtes Risiko für Prostatakrebs bei vasektomierten Männern [2–4], wobei aber aufgrund der höchst umstrittenen Datenlage nie Empfehlungen von Fachgesellschaften zur Patientenaufklärung über ein eventuell erhöhtes Risiko resultierten. Im September 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. Die Datenlage kann sicherlich noch nicht abschließend beurteilt werden, weshalb die Patienten auch nicht über ein erhöhtes Risiko für Prostatakrebs aufgeklärt werden sollten, jedoch darüber, dass es eine wis-

Abb. 1 **Instrumente zur No-Scalpel-Vasektomie: Spitzklemme und Ringklemme.**
Quelle: Prof. Dr. J. Ullrich Schwarzer, München

Patienten mit bekanntem Low-risk-Prostatakarzinom

Tab. 1 **Empfohlene Aufklärungsinhalte vor Sterilisationsvasektomie.**

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

senschaftliche Diskussion darüber gibt.

Sterilisationsvasektomie ist nicht selten Anlass für juristische Klagen

Die Sterilisationsvasektomie ist nicht selten Anlass für juristische Klagen gegen Urologen, weshalb bei der Vorbereitung, der Aufklärung, der Dokumentation, der Durchführung und der Nachsorge höchste Sorgfalt angezeigt ist. Die Aufklärung und die Dokumentation des gesamten Prozedere 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 ist das ausführliche Arzt-Patienten-Gespräch entscheidend 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. Nach dem sogenannten Patientenrechtegesetz muss die präoperative Aushändigung einer Kopie des vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Aufklärungsbogens an den Patienten nachgewiesen werden.

Vasektomie von 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.

Zusammenfassung

Die Aufklärung über die Sterilisationsvasektomie muss umfassend erfolgen und wie die gesamte Durchführung des Eingriffs sorgfältig dokumentiert werden.

Die präoperative Aufklärung muss die Notwendigkeit von postoperativen Spermiogrammkontrollen, die Risiken für Rekanalisation, Genitalneuralgie und andere mögliche Komplikationen beinhalten.

Die Zeit zwischen Aufklärung und Operation sollte ausreichend für den Patienten sein.

Für die Vasektomie einer unter Betreuung stehenden Person gelten sehr hohe rechtliche Hürden.

Die Durchtrennung beider Samenleiter, die Koagulation der Lumina, die Ligatur und die Faszieninterposition werden von den EAU-Leitlinien als sicherste Maßnahmen gegen Vasektomieversagen und Rekanalisation empfohlen.

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

Literatur

1 Dohle GR, Diemer T, Kopa Z et al. European Association of Urology Guidelines on Vasectomy. European Urology 2012; 61: 159–163
2 Rosenberg L, Palmer JR, Zauber AG et al. Vasectomy and the risk of prostate cancer. Am J Epidemiol 1990; 132: 1051–1055
3 Rosenberg L, Palmer JR, Zauber AG et al. The relation of vasectomy to the risk of cancer. Am J Epidemiol 1994; 140: 431–438
4 Giovannucci E, Ascherio A, Rimm EB et al. Vasectomy and increased risk of prostate cancer-reply. JAMA 1993; 270: 708

Mittwoch, 28. September 2016

Andrologie
13:00–14:30 Uhr, Saal 3
(13:15–13:30 Uhr: Operative, wissenschaftliche und juristische Aspekte der Vasektomie)

tektion von GS ≥ 7 im mpMRT weiterhin die sysPb mit der fusPb