

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 85 (1987)

Heft: 2

Artikel: Fortpflanzungstechnologien : gebräuchliche Methoden

Autor: Fontana-Klaiber, H.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950668>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 26.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Fortpflanzungstechnologien

Gebräuchliche Methoden

Artikel von Frau Dr. med. H. Fontana-Klaiber, Oberärztin Departement für Frauenheilkunde, Universitätsspital Zürich

In der Schweiz sind durchschnittlich 10–15% aller Ehen ungewollt kinderlos. Bleibt der Kinderwunsch unerfüllt, so treten oft schwere psychische Probleme auf, die die Beziehung in der Partnerschaft stark belasten. Eine zielgerichtete Therapie ist deshalb für das betreffende Paar von grosser Bedeutung. Entsprechend den verschiedenen Ursachen der Sterilität (Tabelle 1) gibt es auch verschiedene Behandlungsmöglichkeiten. Erläutert werden hier die Indikationen und der Ablauf der In-vitro-Fertilisation (IVF), des Embryotransfers (ET) und des intratubaren Gameten-transfers (GIFT).

A. In-vitro-Fertilisation und Embryotransfer

1. Prinzip

Unter IVF versteht man die in einer Kulturschale herbeigeführte Verschmelzung einer laparoskopisch oder unter Ultraschallkontrolle entnommenen Oozyte (Eizelle) mit einem Spermium (Samenzelle). Die transvaginale Einführung des sich aus Oozyt und Spermium entwickelnden Embryos in die Gebärmutterhöhle wird als Embryotransfer bezeichnet.

Seit 1978 hat in der Sterilitätsbehandlung die IVF mit anschliessendem ET zunehmend an Bedeutung gewonnen und ist zurzeit dabei, sich einen festen Platz in der Behandlung der mechanischen Sterilität – das heisst Unfruchtbarkeit, bedingt durch nicht mehr durchgängige oder nicht mehr vorhandene Eileiter – zu schaffen. Für die Auswahl der Patientinnen sind die in Tabelle 2 angegebenen Kriterien massgebend.

2. Praktische Durchführung der IVF

Vor Beginn der Behandlung wird mit dem Ehepaar eine Besprechung vereinbart, bei welcher eine Sichtung aller vorgängig erhaltenen Befunde sowie eine eingehende Aufklärung über die Erfolgchancen und Möglichkeiten der IVF und des anschliessenden ET erfolgt. Damit nun der erste Schritt der IVF – die

Gewinnung der Oozyten – möglich wird, müssen die Ovarien zuerst hormonell stimuliert werden.

a) Follikelstimulation, Monitoring und Ovulationsinduktion

Wie aus Beispiel in Abbildung 1 einer bei uns erfolgten Stimulation zu sehen ist, beginnt die Injektionsbehandlung mit Hypophysenhormonen, den Gonadotropinen FSH und LH (Pergonal®, 4 Ampullen i.m.), am 3. Zyklustag nach vorgängiger Blutentnahme zur Bestimmung des Ausgangswerts von Oestradiol. Die Dosierung wird in den meisten Fällen in folgender Weise festgesetzt: am 4. Zyklustag erneut 4 Ampullen Pergonal, vom 5.–9. Zyklustag je 2 Ampullen Pergonal i.m. Ab dem 7. Zyklustag sind einerseits tägliche Verlaufskontrollen mittels Ultraschall zur Ausmessung der Follikelgrösse, andererseits Blutentnahmen zur Hormonanalytik notwendig. Wie aus Abbildung 1 hervorgeht, sind beispielsweise am 9. Zyklustag 6 Follikel in einer Grösse von 13–18 mm sowie ein Oestradiolwert von 3600 pmol/l durch die Gonadotropinbehandlung erzielt worden. Wenn bei der Ultraschallbehandlung mindestens 2 Follikel einen Durchmesser von 16–18 mm aufweisen und auch die vorliegenden Laborwerte eine ausreichende Reifung der Eizellen in den Follikeln zeigen, wird gleichentags, meistens am 9. Zyklustag, 10000 IE humanes Choriongonadotropin (HCG) i.m. injiziert. Diese Injektion leitet in vivo die weitere Reifung der Oozyten ein.

b) Laparoskopie und Eizellgewinnung

Die Laparoskopie und die Gewinnung der Oozyten erfolgen 34–36 Stunden nach der HCG-Applikation. Die Follikelpunktion wird bei uns in der Mehrzahl der Fälle laparoskopisch in Intubationsnarkose – seltener ultraschallkontrolliert, transvesikal – durchgeführt. Nachdem der Operateur das Ovar mit der Faszange entsprechend fixiert hat und die Follikel gut dargestellt sind, wird die Punktionsnadel an den Follikel herangebracht, unter Sog an einer gefässarmen Stelle punktiert und der Follikelinhalt mit der Eizelle unter leicht drehender Bewegung in einem Reagenzglas aufgefangen. Die Punktate, etwa 2–3 ml pro Fol-

likel, werden sofort im Reagenzglas in ein 37°C warmes Wasserbad gestellt und anschliessend die Eizellen unter dem Mikroskop aus der Follikelflüssigkeit isoliert (Abbildung 2). Die Eizellen mit den sie in diesem Zeitpunkt noch umgebenden Follikelepithelzellen, den sogenannten Cumuluszellen, können als silbrig-bläuliches Gebilde mehrere Millimeter aufweisen.

Unter dem Stereomikroskop wird die Eizelle bei 10- bis 100facher Vergrösserung nach ihrem Reifegrad beurteilt und anschliessend mit einer Pipette in ein Kulturschälchen mit frischem Medium gebracht. In verschiedenen Studien wurde gezeigt, dass die Befruchtung der Oozyten optimal ist, wenn sie vorerst 4–6 Stunden in einem CO₂-Inkubator kultiviert werden, was eine weitere Reifung bewirkt. Die Inkubation erfolgt in Kulturmedien, welche für Oozyten und Spermien notwendige Wachstumsfaktoren, wie essentielle Aminosäuren, enthalten, beispielsweise das Ham's F10-Medium, dem man noch 20%iges, bei 56°C über 30 Minuten inaktiviertes Nabelschnurserum zugibt.

c) Insemination

Die zur Befruchtung nötigen Spermien müssen vorgängig im Labor aufgearbeitet werden mit dem Ziel, möglichst nur die vitalen, das heisst die lebendigen und gut beweglichen Spermien von dem Spermaplasma, eventuell vorliegenden Leucocyten und toten Spermien zu isolieren. Das Ejakulat wird dazu zweimal zentrifugiert, zweimal gewaschen und in Ham's F10-Medium resuspendiert. Zu einer Oozyte werden etwa 2×10^5 Spermien gegeben, ein Vorgang, den man Insemination nennt.

Tabelle 1
Häufigkeit der Sterilitätsursachen

I	Sterilität bei der Frau	50–60%
	– hormonell	etwa 30%
	– mechanisch	etwa 20%
	– zervikal	etwa 10%
II	Sterilität beim Mann	30–40%
II	Sterilität unklarer Genese	etwa 10%
IV	Immunologisch bedingte Sterilität	etwa 1–5%

Tabelle 2
Indikation und Patientenauswahl

- Mechanische Sterilität
- Alter der Frau \leq 40 Jahre
- Paar verheiratet
- +/— normales Spermogramm

d) Zellteilung

16–20 Stunden nach der Insemination werden die Oozyten erneut unter dem Mikroskop beurteilt, von den restlichen noch anhaftenden Cumuluszellen befreit und in ein frisches Medium transferriert. Die erste Zellteilung und das daraus resultierende Zweizellstadium sind nach etwa 26–36 Stunden zu erwarten. Das Vierzellstadium, das heisst eine nochmalige Teilung jeder Zelle, kann nach 48 Stunden beobachtet werden

e) Embryotransfer

Nun können die befruchteten Oozyten, jetzt Embryonen genannt, in den Uterus transferriert werden, was man als Embryotransfer bezeichnet. Der ET wird

Abb. 2



meistens 48 Stunden nach der Punktion der Oozyten durchgeführt. Dazu braucht es keine Narkose. Da aus den ersten Erfahrungen hervorging, dass der Transfer von mehreren Embryonen zu einer höheren Schwangerschaftsrate führt, wird das Risiko von Mehrlingschwangerschaften in Kauf genommen. Meistens werden aber nicht mehr als drei Embryonen in den Transferkatheter aufgezogen und transzervikal in einem dünnen, weichen Plastikkatheter in den Uterus eingeführt. Es wird ein genaues Embryotransferprotokoll angefertigt, in dem die Qualität des Embryos, das Teilungsstadium, die Kulturdauer und der Ablauf des Transfers festgehalten werden.

Nach 6 Stunden Bettruhe kann die Patientin das Spital verlassen.

3. Resultate

Die Schwangerschaftsrate pro Laparoskopie beträgt derzeit durchschnittlich 12,5% und bewegt sich je nach IVF-Zentrum zwischen 5 und 27%. Die

Abb. 1

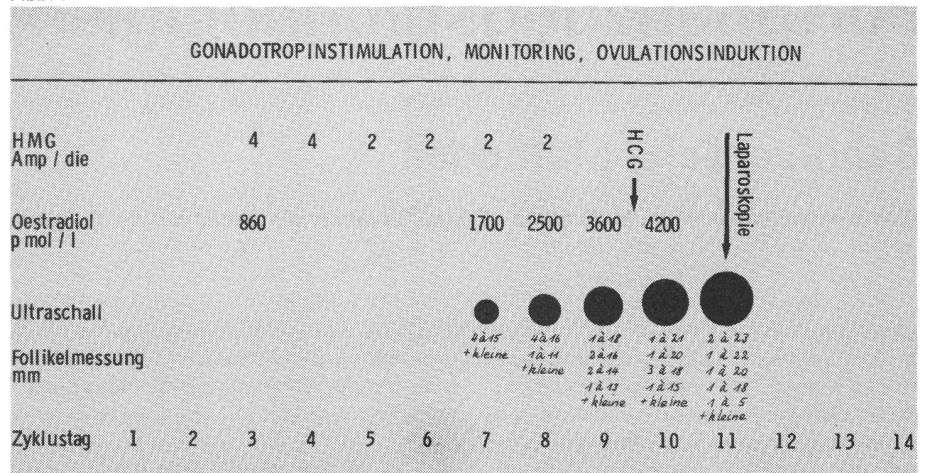


Tabelle 3

GIFT-Indikationen

- Sterilität unklarer Genese (≥ 5 Jahre)
- Männliche Subfertilität
- Leichte Endometriose
- Zervikale Faktoren
- Immunologisch bedingte Sterilität

2. Praktische Durchführung

Die auch für GIFT notwendige ovarielle Stimulation, Überwachung und Ovulationsinduktion sind mit jenen der IVF identisch (vergl. Abbildung 1). Nach der laparoskopischen Oozytengewinnung werden diese im Nährmedium für einige Minuten bei 37 °C unter 5% CO₂ im Inkubator gehalten. 2 Stunden vor der Laparoskopie beginnt im Labor die Aufbereitung des Spermias. Nun werden je 2 Oozyten pro Eileiter mit je 2 × 10⁶ Spermien über einen Katheter in das distale Ende der Tube transferriert. Im Gegensatz zur IVF findet die Befruchtung im Eileiter selbst statt und nicht in der Kulturschale, die Gameten befinden sich nur kurze Zeit ausserhalb des Körpers. Das Verfahren in Narkose dauert etwa 1½ Stunden. Die Frau kann das Spital am folgenden Tag verlassen.

3. Resultate

Die Schwangerschaftsrate pro Laparoskopie wird in der nun knapp zweijährigen Erfahrung mit 10–40% angegeben. Der hohe Prozentsatz von 40% Schwangerschaften wird bei der Sterilität unklarer Genese erzielt. Die Abortrate ist wie bei der IVF hoch, in einer Publikation wird sie mit 32% angegeben. Entgegen theoretischer Befürchtungen scheint andererseits das Risiko einer Extrateringravidität nicht erhöht zu sein.

Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer wird mit ungefähr 16,5% angegeben. Die Abortrate ist mit 26% relativ hoch. Bis heute sind weltweit etwa 2500 Kinder geboren, Chromosomenanomalien oder andere angeborene Schädigungen sind nicht häufiger als bei spontanen Schwangerschaften zu beobachten.

B. Intratubarer Gametentransfer

1. Prinzip

Der intratubare Gametentransfer (Gameten = Oozyten und Spermien), auch Gamete Intrafallopian Transfer oder kurz GIFT genannt, wurde erstmals von R. Asch im November 1984 als erfolgreiche Methode in der Behandlung der ätiologisch unklaren Sterilität eingeführt. Eine Sterilität unklarer Genese liegt vor, wenn sie mehr als 5 Jahre dauert und weder bei der Frau noch beim Mann eine die Reproduktion beeinträchtigende organische Ursache eruiert werden kann. Weitere Indikationen für GIFT sind aus Tabelle 3 ersichtlich.