Hysterektomiesectio

W.		Eiermann
W.		Albrich
H.		Elser
V.		Terruhn
J.		Jawny
K.		Richter

Frauenklinik der Universität München im Klinikum Grosshadern (Direktor: Prof. Dr. K. Richter), München, BRD

Dr. W. Eiermann, Frauenklinik der Universität München im Klinikum Grosshadern, D-8000 München 70 (BRD)

Die Hysterektomie nach Schnittentbindung als prophylaktische Massnahme bei abgeschlossener Familienplanung wird von vielen gynäkologischen Operateuren abgelehnt. Die Widersacher halten diese Operation für zu radikal, insbesondere in Anbetracht des hohen Blutverlustes und möglicher operativer Komplikationen.

Die Verfechter dieses Eingriffs berufen sich auf Vorteile durch weniger fieberhafte postoperative Verläufe und auf die Irreversibilität dieser Massnahme. Ausserdem müssen sich 30% der Patientinnen nach Kaiserschnitt mit nachfolgender Tubenligatur später erneut einer gynäkologischen Operation am Uterus unterziehen.

Die retrospektive Auswertung des eigenen Krankengutes führte zu folgenden Ergebnissen: Im Zeitraum von 1973 bis 1980 wurden 1110 Sectiones durchgeführt. 78 davon waren Hysterektomiesectiones (7%), 72 Kaiserschnitte mit Tubenkoagulation (6,5%).

Die Hysterektomiesectiones wurden von 10 grösstenteils in Ausbildung befindlichen Operateuren durchgeführt. 70 von 78 Hysterektomiesectiones und 68 von 72 Sectiones mit Tubenligatur waren geplant, das heisst das Prozedere wurde lange vor dem Operationstermin mit der Patientin abgesprochen. Bei beiden Patientengruppen handelte es sich mehrheitlich um über 30jährige Zweitgebärende.

Die häufigste Operationsindikation war der Zustand nach einer oder mehreren Sectiones (50/70 bzw. 39/68), danach folgen drohende Uterusruptur, Missverhältnis bzw. Lageanomalien, EPH-Gestose, Uterustumor, Diabetes mellitus, Rh-Inkompatibilität, Placenta praevia.

An intraoperativen Komplikationen wurde bei einer Hysterektomiesectio einmal die Blase eröffnet, aber ohne weitere Folgen operativ versorgt.

Wie zu erwarten, und in der Literatur immer wieder hervorgehoben, ist ein Blutverlust über 1 Liter signifikant häufiger aufgetreten, wenn eine Hysterektomiesectio durchgeführt wurde.

Dies zeigt sich auch in der postoperativen Morbidität, wobei nahezu die Hälfte der Patientinnen mit Hysterektomiesectio Zeichen einer Anämie (Hb < 10 g%) aufwiesen.

Umgekehrt verhalten sich die fieberhaften postoperativen Verläufe. Hier zeigte sich ein signifikant häufigerer Anteil bei den Patientinnen mit Kaiserschnitt und nachfolgender Tubenkoagulation.

Aufgrund unserer Erfahrungen können folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

Mitteilungen zum 3. Hauptthema

133

Allgemeine Empfehlungen lassen sich nur schwer ableiten. Die Indikation zur Hysterektomie ist individuell zu stellen, wobei Faktoren wie Alter, Parität, Sterilisationswunsch, vorausgegangene Operationen am Uterus, suspektes Zytologie und internistische Risiken eine erhebliche Rolle spielen.

Der Eingriff sollte versierten Operateuren vorbehalten sein.

Die Möglichkeit intensivmedizinischer Betreuung muss gewährleistet sein.

Aufklärung und Vorbereitung auf den geplanten Eingriff sind zu einem möglichst frühen Zeitpunkt der Schwangerenvorsorge durchzuführen.

Literatur

Barclay, D.: Cesarean hysterectomy. Thirty years' experience. Obstet. Gynec. 35: 120–131 (1970).

P. Pelosi

M.A.; Langer

A.; Li

T.S.: Cesarean hysterectomy for sterilization: is it worthwhile? J. med. Soc. New Jers. 74: 17–20 (1977).