Wert der Ultraschalluntersuchung bei der Abklärung gynäkologischer Tastbefunde und mögliche Fehlerquellen

O.		Ledermair
A.		Scheurecker

Gynäkologische Abteilung und Zentralröntgeninstitut, Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz

Prof. Dr. O. Ledermair, Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Langgasse 16, A-4010 Linz (Österreich)

Zwischen 1975 und 1982 wurden an gynäkologisch erkrankten Patientinnen 4 312 sonographische Untersuchungen durchgeführt. Als Untersuchungsgeräte stehen ein Kretz-Combison (Real Time) 100 und ein Combison (Compound) 200 zur Verfügung.

Mitteilungen zum 1. Hauptthema

17

Am Krankengut der Jahre 1981 und 1982 werden Erfahrungen und mögliche Fehlerquellen dargestellt.

Myome: von 61 Fällen wurden 57 im Ultraschallbild richtig diagnostiziert, 2 Befunde waren falsch negativ (Adnextumor/nekrotisches Myom, intramuraler kleiner Myomknoten), einer falsch positiv (Myom/Adnextumor). Ovarialtumore: von 26 malignen Tumoren wurden 3mal der Ovarialtumor für ein regressiv umgewandeltes Myom gehalten, 2mal in Aszites und verbackenen Darmschlingen nicht darstellbar befunden [3]. Bei 53 gutartigen Eierstocktumoren konnten 2 im Ultraschall nicht gesehen werden: 1 Lipom, 1 kleines Ovarialteratom [2]. Endometriose: von 20 Fällen wurde 2mal eine andere Diagnose im Ultraschall für wahrscheinlicher gehalten: 1 Adnexitis (Hydrosalpinx) und 1 Myom [4].

Die Indikation zur Ultraschalluntersuchung in der Gynäkologie ist vor allem zu stellen: (1) bei Unterbauchtumoren zur Bestätigung der klinischen Verdachtsdiagnose, besonders bei schwierig palpierbaren Veränderungen (z.B. bei Schmerzen, Adipositas, Abwehrspannung); (2) bei Adnexitis, Abszessen und anderen Entzündungen; (3) bei Hämatomen (vor allem wenn disloziert); (4) zur FoUikulometrie, zur Lokalisation von IUP [1]; (5) zur Feststellung von Aszites (Ausmass, Lokalisation); (6) zur Klärung von Genitalhemmungsbildungen; (7) zur Sicherung eines negativen Palpationsbefundes.

Die Grenzen der sonographischen Untersuchungsmethode liegen in der Schwierigkeit der Beurteilung der histologischen Eigenschaften einer Geschwulstbildung und nicht so selten auch ihrer Organzugehörigkeit.

Bei sorgfältiger Untersuchungstechnik mit einem leistungsfähigen Gerät und enger Zusammenarbeit mit dem Kliniker (Anamnese, klinische Befunde) vermag aber die Ultraschalluntersuchung einen Beitrag zur Klärung oder Sicherung einer gynäkologischen Diagnose zu leisten, auf den man heute nicht mehr verzichten kann.

Literatur

Callen, P.W.: Intrauterine contraceptive devices. Am. J. Roentg. 135: 797–800 (1980).

Kratochwil, A.; Altmann, G.; Wollmann, G.: Ultraschalldiagnose von Adnextumoren. Wien. klin. Wschr. 90: 569 (1978).

Requard, C.K.: Preoperative sonography of malignant ovarian neoplasms. Am. J. Roentg. 137: 79–82 (1981).

Walsh, J.W.: Gray scale ultrasonography in the diagnosis of endometriosis and adenomyosis. Am. J. Roentg. 132: 87–90 (1979).