Die intrauterine Resektion

J.-P.	Jean-Paul	Hallez
A.	Albert	Netter
R.	Rene	Cartier

Department of Uro-Genital Surgery, British Herford Hospital, Herford, UK; Department of Urology, American Hospital of Paris, Paris, France

Im Rahmen des zunehmenden Interesses an endoskopischen Operationen gelangt auch die Hysteroskopie wieder mehr in das Blickfeld. In der Arbeit werden 207 Patientinnen vorgestellt, bei denen zwischen 1984 und 1986 aufgrund unerklärbarer Blutungen eine Hysteroskopie vorgenommen wurde. 61 dieser 207 Patientinnen zeigten submuköse Myome, die entweder gestielt oder ins Endometrium eingebettet waren. Die übrigen Patientinnen wiesen in 43 Fällen einen endometrialen Polyp und 64mal ein gestieltes submuköses Fibrom auf. Bei den übrigen Frauen wurden alte Plazentarestes, intrauterine Adhäsionen sowie besonders vulnerable Endometriumsbezirke entdeckt.

Die französische Arbeitsgruppe beschreibt die transzervikale Entfernung der 61 submukösen Myome: Bei 46 Patientinnen wurde eine Vollnarkose, in den übrigen Fällen nur ein Parazervikalblock verwendet. Zur Hysteroskopie wurde die CO₂-Methode angewandt. Nach Inspektion des Cavum uteri wurde über eine zusätzliche Kanüle eine elektrische Schlinge eingefahren und über diese die submukösen Myome abgetragen. Die Operation dauerte im Durchschnitt bei allen Patientinnen 15 min. Die Frauen wurden 5 Tage mit Antibiotika abgeschirmt, zusätzlich erhielten sie während 1 Woche 50 µg/Tag Äthinylöstradiol. Unter allen Fällen kam es nur ein einziges Mal zu einer Perforation des Uterus, die eine Laparotomie notwendig machte. Jene Patientinnen, bei welchen der Eingriff in Lokalanästhesie durchgeführt wurde, konnten bereits 2 h danach das Krankenhaus verlassen.

Für die Praxis stellt diese Form endoskopischen Operierens bei einer kleinen Indikationsgruppe zweifellos eine atraumatische und wirkungsvolle Form der Behandlung dar. Zusätzlich sei darauf hingewiesen, dass das Problem der östrogen- und curettagerefraktären Metrorrhagie, die bei

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln
100

manchen Patientinnen ein grosses Problem darstellt, mit Hilfe der gleichen kombiniert hysteroskopisch-koagulierenden Methode behandelt werden könnte.

Für die Klinik ist diese Form der chirurgischen Intervention vor allem durch den Einsatz des endoskopisch geführten Lasers weiter ausbaubar.

J. Huber, Wien

Aus: Am. J. Obstet. Gynec. 156: 1433-1440 (1987); cit. Gynäk. Rdsch. 28: 100-101 (1988)

Operative Massnahmen zur Verhütung des Scheidenblindsackprolapses und der Enterozele bei der vaginalen Hysterektomie

Preventing Posthysterectomy Vaginal Vault Prolapse and Enterocele during Vaginal Hysterectomy

Stephan H. Cruikshank

Department of Obstetrics and Gynecology, West Virginia University Medical Center, Morgantown, W.Va. (USA)

Anhand eines Patientinnenkollektivs von 112 Fällen beschreibt der Autor die von ihm gewählte Operationstechnik und deren Effizienz bezüglich der Vermeidung späterer Scheidenblindsackprolapse bzw. Enterozelebildung. Das untersuchte Kollektiv wurde in einem knapp 3jährigen Zeitraum operiert, das Durchschnittsalter betrug 30 Jahre (23-69 Jahre). Die Indikation zur Hysterektomie bestand bei 32 Fällen in einem Deszensus bzw. einer Stressinkontinenz, der grössere Teil des Kollektivs wurde wegen therapierefraktärer dysfunktioneller Blutungen ($n = 31$), refraktärer Dysmenorrhö ($n = 18$) und rezidivierender postmenopausaler Blutungen ($n = 7$) operiert. 24 Patientinnen wurden wegen einer zervikalen Dysplasie (CIN II–III) einer vaginalen Hysterektomie unterzogen.

Der zur Vermeidung eines späteren Blindsackprolapses als wesentlich angesehene operative-technische Schritt besteht in der Fixierung der ligierten Stümpfe des Ligamentum sacrouterinum sowie des Ligamentum cardinale an die Vaginalwand. Dies wird bei fehlendem Deszensus primär, also Methodical Intrauterine Resection