Der routinemäßige Einsatz des CO₂-Lasers an einer großen gynäkologischen Abteilung

A.		Feiks
F.		Wierrani
W.		Grünberger

Gyn.-Gebh. Abt. KA Rudolfstiftung, Wien (Vorst.: Univ.-Prof. Dr. W. Grünberger)

OA Dr. A. Feiks, KA Rudolfstiftung, Juchgasse 25, A-1030 Wien

Der medizinische Fortschritt bringt insbesondere auch im operativen Bereich stetig neue Techniken und ein innovatives Instrumentarium mit sich.

Einen deutlichen Impuls im Bereich der gynäkologischen Operationslehre erbrachte die Entwicklung des medizinisch nutzbaren Lasers. Ein kohärenter, hochenergetischer Strahl aus dem Infrarotbereich des elektromagnetischen Spektrums, wie vom CO₂-Laser emittiert, führt zu einer unmittelbaren Verdampfung (Vaporisation) des Gewebes ohne nennenswerten Umgebungsschaden. Die gut steuerbare Tiefenwirkung erlaubt eine Schnitt- oder Oberflächenanwendung mit einer Präzision, die jene anderer Techniken übertrifft. Solche Neuerungen müssen sich aber, nach Entwicklung und Erprobung an spezialisierten Forschungseinrichtungen, schließlich nun im zeitengen Betrieb großer Versorgungszentren bewähren.

Material und Methode

An der gynäkologischen Abteilung der KA Rudolfstiftung (105 Betten) gelangen seit IX/90 verschiedene CO₂-Laser mit Leistungsgrößen von 30–100 Watt routinemäßig zur Anwendung. Die Indikationspalette dieser Erprobungsphase umfaßte im Bereich der Vulva: VIN, M. Bowen (n = 8), Condyl. ac. (n = 17), Kraurosis vulvae (n = 7), Papillomatose (n = 4), Labialsynechie (n = 1).

Vagina: Hymenalatresie (n = 2), Septenabtragung (n = 5), Caro lux. am SBS (n = 6), aktinische Kolpitis (n = 1), Condyl. ac. (n = 16).

Portio: E. port, (n = 10).

Endoskopie: Endometriose (n = 6), Adhäsioolyse (n = 10), Salpingoneostomie (n = 2), Salpingotomie bei Tubargravidität (n = 3), konservative Myomoperation (n = 3).

Sonstige: Narbenkeloidkorrektur (n = 2), Mamma-PE in LA (n = 1).

Gesamt wurden somit in dieser ersten Erprobungsphase 104 Patientinnen laserchirurgisch behandelt.

Auf Anwendungen im Bereich der Onkochirurgie haben wir vorläufig noch verzichtet.

Bei Pathologien unklarer Dignität erfolgte selbstverständlich eine biopsisch-histologische Abklärung noch vor Einsatz des CO₂-Lasers.

Ergebnisse

Die Handhabung der CO₂-Lasengeräte erwies sich im wesentlichen als unproblematisch. Nach kurzer Einschulung war die ärztliche Belegschaft der Abteilung zumindest mit den externen Anwendungen des Laserstrahles vertraut. Anfängliche Berührungsängste bei

Freie Vorträge (Dysplasien von Vulva und Zervix)

231

Schwestern und OP-Gehilfen waren rasch abgebaut. Insgesamt gelang die Integration in den Routinebetrieb mühelos.

Bei allen 104 Patientinnen beobachteten wir, trotz der Heterogenität des Patientengutes, einen problemlosen Heilungsverlauf. Postoperative Wundödeme waren, so überhaupt vorhanden, nur gering ausgeprägt und der Wundschmerz minimal.

Diskussion

Eine neue operative Technik muß eindeutige Vorteile für den Patienten erbringen, sollte eine ausreichend große Indikationspalette besitzen – zumal Anschaffungen im operativen Bereich teuer sind – und hinsichtlich Erlernbarkeit und Praktikabilität in den Routinebetrieb integrierbar sein. All diesen Bedingungen wird der CO₂-Laser unserer Erfahrung nach unemgeschränkt gerecht. Insbesondere im endoskopischen Bereich zeigte sich auch eine deutliche Verkürzung der OP-Dauer und ein erweitertes Indikationsspektrum. Kleine, mobile Lasereinheiten mit Leistungen von 30–60 Watt dürften für gynäkologische Anwendungen ausreichen. Eine *conditio sine qua non* ist die zugehörige endoskopische Ausrüstung, da hier eine einzigartige Domäne der Laserchirurgie zu liegen scheint.

Literatur beim Verfasser.

Gynäkol Rundsch 1991;31(Suppl 2): 231–234

Die primäre zytostatische Behandlung des Vaginalkarzinoms

Anna Streitmatter^a, J. Lawny^a, K. Riedel^a, E. Arnold^a, P. H. Wünsch

^a Frauenklinik Nürnberg (Vorst.: V. Terruhn; A. Feige) ^b Vorstand des Pathologischen Instituts Nürnberg

Primäre Vaginalkarzinome, die etwa 2% aller Genitalkarzinome ausmachen, gehören in über 90% dem histologischen Typ des Plattenepithelkarzinoms an. Die Therapiemöglichkeiten sind begrenzt, einerseits durch die Lokalisation in unmittelbarer Nachbarschaft von Darm und Blase, beziehungsweise Urethra, andererseits durch die oft späte Diagnosestellung; gleichzeitig ist naturgemäß mit einer erhöhten Komplikationsrate an den benachbarten Organen zu rechnen.

Als Standardtherapie gilt nach wie vor die kombinierte Bestrahlung

wie von Vahrson und Rauthe [1] beschrieben. Variationen sind in besonderen Fällen möglich; z. B. Verzicht auf die perkutane Teletherapie

oder Spickung des Tumors mit Cäsium- oder Iridiumnadeln

eine Methode die in den angloamerikanischen Ländern weit verbreitet ist und zunehmend auch in Europa Anwendung findet.