Erfahrungen mit 5648 Laparoskopien

H.		Gründling
G.		Schönauer
E.		Golob

Gynäkol.-geburtsh. Abtlg. LKH Steyr (Vorst: Prim. Prof. Dr. E. Golob)

Dr. Harald Gründling, Gynäkol.-geburtsh. Abtlg. LKH, Sierningerstraße 170, A-4400 Steyr

Die Grenzen für die laparoskopisch durchgeführten Operationen werden immer weiter gesteckt. Fast jährlich werden neue Indikationen vorgestellt. Ob endoskopische Uterusexstirpationen oder sogar Wertheim-Operationen einen medizinischen Fortschritt bedeuten, ist derzeit durch wissenschaftliche Studien nicht belegt. Voreilige Erfolgsmeldungen in der Boulevardpresse sind zwar geeignet, die potentiellen Patientinnen zu verunsichern, sind aber aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht nicht gerechtfertigt.

In der vorliegenden Untersuchung haben wir versucht, anhand von mehr als 5600 Laparoskopien Erfahrungen bezüglich der Komplikationsrate darzulegen. Während in Deutschland regelmäßig Umfrageergebnisse über laparoskopische Operationen und Komplikationen präsentiert werden, gibt es bis dato in Österreich keine größere Komplikationsanalyse.

Patientengut

Im Zeitraum 1. 1. 1972 bis 31. 12. 1991 wurden an der Gynäkol.-geburtsh. Abteilung des LKH Steyr 5648 Laparoskopien durchgeführt. In den ersten beiden Jahren handelte es sich nur um diagnostische Eingriffe, zu denen auch die Chromopertubation gezählt wurde.

Ab 1974 wurde hier als erste Abteilung Oberösterreichs die Tubenkoagulation eingeführt, wodurch es zu einem sprunghaften Anstieg der laparoskopischen Eingriffe pro Jahr kam. Im Jahr 1987 wurde die Abteilung mit einer laparoskopischen Operationseinheit ausgerüstet und mit der konservativen Tubariaoperation begonnen.

53 % der Eingriffe waren diagnostisch bzw. mit einer Chromopertubation verbunden, 40 % eine Tubensterilisation und 7 % (400 Fälle) waren operativ. Hier entfielen 36 % auf eine Ovarialcystenoperation, 30% auf eine Adhäsiolyse, 15% auf Tubariaoperationen und 13% auf Biopsien.

Von den 5648 Pelviskopien konnten 91 % analysiert werden.

Ergebnisse

Die Komplikationsrate bei den diagnostischen Eingriffen betrug 1,7 %, bei der Sterilisation 0,8 %. Hingegen stieg die Komplikationsrate bei den operativen Eingriffen auf 5 % an.

Diagnostische Eingriffe und Tubenkoagulation wurden bezüglich ihrer Komplikationen gemeinsam analysiert (Gesamtrate: 1,3%). Es fanden sich hier 3 schwere Komplikationen, und zwar ein intra-operativer Herzstillstand (anästhesiologische Ursache), eine Blasenläsion und eine Darmläsion (Troikarverletzung). Diese liegen allerdings schon mehr als 10 Jahre zurück. In weiteren 4 Fällen war eine Laparotomie erforderlich (fehlendes Pneumoperitoneum 2. Blutung aus Mesosalpinx 1, Uterusperforationsblutung 1), in einem Fall eine offene Pelviskopie. Leichte Komplikationen waren Abbruch nach Mißlingen eines Pneumoperitoneums [13], Blutung aus 2.

Incision mit Umstechung [4], Blutung aus der Mesosalpinx mit Koagulation [2], Uterusperforation ohne wesentliche Blutung [6], postoperatives Fieber [4], Tubenabriß beim Hochheben [3], ein Hautemphysem am Unterbauch [1] und fehlende Sicht auf die 2. Tube bei TBK [2].

150 Ovarialcystenoperationen wurden durchgeführt. Davon entfielen 88 auf Punktionen, 34 auf Punktion mit Koagulation des Cy-stenbalges, je 9 auf Punktion mit Exzision bzw. Punktion mit Exzision und Koagulation, je 3 auf Koagulation bzw. Ausschälung und Koagulation, 2 auf Ausschälung und intrakorporaler Naht und 1 Ad-nektomie. Beim Vergleich der Ovarialcystenoperationen der letzten 5 Jahre zeigt sich ein deutlicher Trend zur pelviskopischen Operation bzw. zur vaginosonographisch gezielten Punktion. Im Jahr 1991 wurden nur mehr 13% laparotomiert. Die Komplikationsrate der Ovarialcystenoperation betrug 4%. Es handelte sich allerdings nur um leichte Komplikationen wie Laparotomie wegen eines Dermoids [3], postoperatives Fieber [2] und Blutung aus 2. Inzision und dem Lig. ovarii proprium mit Koagulation [1].

65 Tubargraviditäten wurden laparoskopisch operiert. Davon erfolgten knapp 55 % konservativ, und zwar durch Tubotomie mit Absaugung [27], durch Instillation von Methotrexat [5] oder Glucose [1] und durch Absaugung [2]. In 29 Fällen wurde eine Tubektomie durchgeführt. Für die Auswahl der Operationsmethode waren das Alter und der bestehende Kindeswunsch ausschlaggebend. Auch hier zeigt sich in den letzten 5 Jahren ein deutlicher Trend zur laparoskopischen Tubariaoperation. 1991 fanden knapp 80% auf diesem Wege statt. Die Komplikationsrate betrug 7,7 %. Auch hier waren es durchwegs leichte Komplikationen, wie persistierende Tubargravidität mit anschließender Laparotomie [2], eine Umstellung auf Laparotomie wegen erschwelter Bedingungen [1], eine Hydrosalpinx mit lange persistierendem β -HCG ohne notwendigem Zweiteingriff [1] und eine später festgestellte Tubenstenose [1]. Die Persistenzrate betrug 3 %.

124 Adhäsio ly sen wurden durchgeführt. Die Komplikationsrate war mit 8% hier am größten. Die Ursache waren vor allem Blutungen aus der gelösten Adhäsion bzw. aus dem 2. Einstich. In 5 Fällen war eine Laparotomie bzw. Repelviskopie erforderlich.

Die Gesamtkomplikationsrate aller Pelviskopien betrug 1,5%. Eine Laparotomie mußte in 0,3 % durchgeführt werden, eine extragenitale Organläsion zeigte sich nur in 0,04 % , eine Läsion am Uterus oder an der Adnexe in 0,3 %. Die Letalität war mit 0,02 % sehr gering.

Diskussion

Die niedrige Komplikationsrate von 1,5 %, insbesondere der niedere Anteil an schweren Komplikationen unterstützt die Bedeutung der minimal invasiven Chirurgie. Durch die zunehmende Entwicklung von Operationsinstrumenten mit größerer Sicherheit und die zunehmende Erfahrung des einzelnen Operateurs kann die Komplikationsrate bei den operativen Eingriffen noch weiter gesenkt werden. Eine österreichweite Erfassung über die Häufigkeit von pelviskopisch durchgeführten Operationen und deren Komplikationen wäre wünschenswert. Wie weit neue Operationstechniken sinnvoll sind, sollten größere und randomisierte Studien im Vergleich mit operativen Standardmethoden zeigen.

Literatur beim Verfasser.