Postoperative Erfahrungen mit der pelviskopischen Hysterektomie

F.		Gill
I.		Müller-Hartburg
F.		Wierrani

Gynäkol.-Geburtsh. Abt., St. Josef-Krankenhaus Wien (Vorst: Prim. Dr. F. Gill)

Dr. F. Gill, St. Josef-KH, Gynäkol. Abt., Auhofstraße 189, A-1130 Wien

> Nachdem in den letzten Monaten eine deutliche Zunahme der Abteilungen zu verzeichnen ist, die die pelviskopische Hysterektomie durchführen, möchte ich Ihnen heute meine negativen Erfahrungen mitteilen – über die Positiva dieser Operationsmethode berichtete ich bereits in der Novemberausgabe d. Fachzeitschrift „Geburtshilfe u. Frauenheilkunde“. Natürlich bezieht sich mein Vortrag auf die besonders im deutschsprachigen Raum heiß diskutierte Hysterektomieform, nämlich die nach der Cish-Technik. Um nicht unnötig Zeit zu verlieren, werde ich nicht näher auf die einzelnen Operationsschritte eingehen, nur soviel, für die nicht mit der Operationstechnik so vertrauten: Es wird im Gegensatz zur laparoskopisch assistierten vaginalen Hysterektomie oder der kompletten pelviskopisch durchgeführten Hysterektomie der Beckenboden nicht aufgeschnitten. Die zuführenden großen Gefäße und die nervale Versorgung bleibt erhalten, aber dadurch verbleibt auch eine Restcervix in toto und genau das ist der für mich heute verständliche Kritikpunkt dieser Operationsmethode.

Bei den von mir bis dato über 80 durchgeführten pelviskopischen Hysterektomie kam es zu folgenden post-operativen Komplikationen:

Postoperative Komplikationen

Gesamt: 80 pelv. HE's

Endometriumca. (Ia)

Nachblutung aus der Restcervix mit Cervixexstirpation

davon 1 mit nachgewiesenen tiefen Endometriumdrüsen 7 Mensblutung p. op.

3 Spiegelheische Hernien (1 beidseitig)

Mech. Ileus (Lap.)

Bauchdeckenhaematom

Bei einer Patientin zeigte die Histologie des Operationspräparates ein Endometriumcarcinom, FIGO Ia, wobei natürlich zu sagen ist, daß dies auch bei einer vaginalen Hysterektomie oder auch per laparotomiam durchgeführten Hysterektomie ebenso passieren kann, lediglich der Ansatzpunkt der Kritik ist, ob durch die Zerstückelung des Corpus uteri intraabdominell durch versprengte Carcinomzellen eventuell in der Lebenserwartung prognostisch Nachteile für die Patientin entstehen.

Bei 2 Patientinnen mußte postoperativ die Restcervix wegen unstillbarer Blutungen entfernt werden, wobei sich bei einer in der Histologie noch tiefe Endometriumdrüsen nachweisen ließen. Dies stellt natürlich sofort die Frage in den Raum, ob es sich um ein einmaliges Geschehen handelt oder ob auch bei anderen Patientinnen in der Restcervix respektive im Stumpf

Endometrium-drüsen verbleiben und damit die Gefahr eines später auftretenden Endometriumcarcinoms gegeben ist. Eigentlich beantwortet sich diese Frage von selbst, denn eine von mir durchgeführte Nachuntersuchung der Patientinnen hat gezeigt, daß von den 45 präoperativ menstruierenden, 6 postoperativ nach wie vor menstruationsähnliche Blutungen haben, sodaß damit indirekt der Nachweis gegeben ist, daß noch Endometriumdrüsen vorhanden sein müssen. Nun zu der Problematik. Nach Eingehen in Gesprächen mit verschiedensten namhaften Pathologen und Studium der einschlägigen Literatur, konnte ich keine Reverenz-Eindringtiefe der Drüsen feststellen. Dies variierte wie Sie sehen zwischen 8 mm bis 1 cm Tiefe, wobei ich jedoch überzeugt bin, daß in Ausnahmefällen auch noch die Drüsen tiefer reichen können, vor allem dann, wenn es sich um eine jüngere Patientin handelt. Es wird bei den Kritikern dieser Methode immer angeführt, daß die Transformationszone unter Umständen nicht komplett entfernt wird. Dies glaube ich ist jedoch nicht der Kernpunkt der Kritik, sondern vielmehr, was geschieht mit den verbliebenen Endometriumdrüsen. Ich fürchte den Moment, wo eine Patientin

.. einem Endometriumcarcinom auftritt. Nun wie können wir das verhindern. Wenn wir die Cash-Methode

eitherhin anwenden wollen, ist der limitierende Faktor, wie weit kaudal wir die Schlinge legen können, die Insertionsstelle der Ligamenta sacrouterina, respektive die zuführenden Äste der Arteriae uterinae. Tiefer können wir nicht gehen sonst ist der Effekt der Operation verloren und es muß der Beckenboden aufgeschnitten werden oder die vaskularisierenden Elemente werden durchtrennt. Da nach meinen Untersuchungen somit mindestens ein Reststumpf von 2 bis 3 cm erhalten bleibt, ist es anzunehmen, daß sich genau in diesem Stumpf die Endometriumdrüsen manifestieren. Weiters kommt hinzu, daß durch die Technik des Aushülsens der Endocervix damit zu rechnen ist, daß durch das Zurückziehen der Stanze Endometriumstücke verschleppt werden und in der Restcervix implantieren und dort ebenfalls eventuell malignen entarten können. Wie können wir dem entgegenwirken. Ich glaube, ein forciertes Koagulieren der verbliebenen Wundfläche ist nicht zielführend, da sich der Cervixkanal verklebt und narbig verschließt und dadurch das erste Zeichen eines Carcinoms, nämlich die Blutung, nicht verifiziert werden kann. Meiner Meinung nach besteht die einzige Möglichkeit darin, eine im Durchmesser noch größere Stanze zu verwenden, die Schlinge so tief wie möglich zu legen und den kranial von der Schlinge verbliebenen Stumpf massivst zu koagulieren, eventuell davor noch einige PE's zu entnehmen, um zu sehen, ob mit einer Blutung durch verbliebene Drüsen zu rechnen ist und postoperativ natürlich regelmäßige PAP-Abstriche.

In der vorderen Bauchwand gibt es eine sogenannte physiologische Bruchpforte. sie liegt ca. in der Medio-clavicularlinie zwischen Nabel und Schamhaargrenze

Ein weiteres Phänomen, welches ich gerade in den letzten Monaten dreimal erleben mußte ist das Auftreten von Spiegel'schen Hernien. Nun was sind Spiegel'sche Hernien:

SpiegelheΓsche Hernie

und wurde in der Weltliteratur erst ca. 400 mal be-schrieben, jedoch noch nie im Zusammenhang mit der Pelviskopie und da schon gar nicht beidseitig. 3 meiner Patientinnen haben SpiegelheΓsche Hernien. eine sogar beidseitig, diese sind ca. 13 Monate post operationem aufgetreten. Bei einer weiteren Patientin trat 4 Wochen nach pelviskopischer Hysterektomie linksseitig eine SpiegelheΓsche Hernie auf. Besonders tragisch war der Fall einer Patientin, bei der am 2. postoperativen Tag nach pelviskopischer Hysterektomie, ebenfalls linksseitig eine SpiegelheΓsche Hernie mit Incarceration und mecha-nischem Ileus und anschließender Laparotomie auftrat. Wie ist eine SpiegelheΓsche Hernie erkennbar: Sie tritt am Kreuzungspunkt der Linea semilunaris mit der Linea se-micircularis auf, liegt ca. 7 cm kranial der Zusatzeinstiche links und rechts der Medianen in der Schamhaargrenze und hat mit diesen Einstichstellen also keine anatomische Verbindung. Nach ausführlicher Rücksprache mit er-fahrenen Chirurgen, insbesondere mit Herrn Prim. Prof. Dr. Kux, der glaube ich als Hernienspezialist zu be-zeichnen ist, ist die Erklärung die, daß durch den er-höhten intraabdominellen Druck bis 13 mmHg über lange Zeit die Bauchdecke derartig gedehnt wird, daß diese physiologische Bruchpforten dehiszent werden und dadurch zum Tragen kommen können. Ich glaube, daß wir dieses Phänomen mit Zunahme der pelviskopischen Ope-rationsfrequenz noch öfter sehen werden und bei den postoperativen Nachkontrollen, insbesondere bei auf-tretenden Beschwerden im Mittelbauch verstärkt, darauf achten müssen.

Auf Grund dieser negativen Erfahrungen mit der pelviskopischen Hysterektomie nach Cish-Technik glaube ich sagen zu dürfen daß der Einsatz dieser Operations-methode nicht kritiklos angewandt werden darf und das Fernziel darin besteht. daß man Patientinnen die eine Hysterektomie per laparotomiam