Die hysteroskopische Therapie nicht-maligner uteriner Blutungen

R.		Deckardt
M.		Saks
H.		Graeff

Frauenklinik d. TU rechts der Isar (Direktor: Prof. Dr. H. Graeff)

Dr. med. Rainer Deckardt, Zentrum f. amb. gyn. Operationen u. Laser-Chirurgie, Helene-Weber-Allee 19, D-80637 München

In Deutschland werden jährlich ca. 140.000 Hyster-ektomien durchgeführt, nahezu die Hälfte davon auf Grund nicht maligner Blutungsstörungen. Es war Ziel unserer Studie, die Häufigkeit und Ursache uteriner Blutungsstörungen (Hypermenorrhoe, Menorrhagie) an zur Hysteroskopie überwiesenen Patientinnen zu ermitteln. Die Effektivität hysteroskopisch operativer Eingriffe mit dem Elektresektoskop zur Therapie dieser uterinen Blutungen sollte überprüft werden.

Patientinnen und Ergebnisse

Insgesamt wurden 156 Patientinnen mit 168 Ein-weisungsdiagnosen hysteroskopiert.

Uterine Blutungsstörungen waren mit 33,9 % (n = 53) die häufigste Überweisungsdiagnose im Gesamtkollektiv. Pathologisch anatomische intrauterine Blutungsursachen (Myome 36,8 %, Polypen 10,5 %, intrauterine Verkalkung 1,8%) fanden sich in 49,1% der Fälle (n = 26) (Abbildung 1). 66,7% dieser Patientinnen waren prä-menopausal, 76 % davon hatten noch Kinderwunsch. Der hysteroskopisch diagnostizierte Prozentsatz von Blutungsstörungen ohne erkennbare intrauterine Pathologie betrug 49,2%.

Die Durchführung der diagnostischen Hysteroskopie erfolgte durch Hysteroskope mit einem Außendurchmesser von 4 bzw. 5 mm. Die operativen Hysteroskopien wurden unter Allgemeinanästhesie bzw. Regionalanästhesie mit Resektoskopen durchgeführt, die einen Außendurchmesser von 9 mm aufwiesen. Die Übertragung erfolgte mit einer Videokamera auf einen Operationsmonitor.

Als Dilatationsmedium wurden Ringerlösung oder Hyskon®, bzw. bei den operativen Eingriffen Purisole® benutzt. Der verwendete Hysteromat gewährleistete einen maximalen intrauterinen Druck von 100 cm Wassersäule, der Spülfluß betrug ca. 100 ml pro Minute [1].

Im Mittel gingen der Hysteroskopie 2 Abrasionen voraus (max. 8), die Blutungsanamnese reichte im Einzelfall bis zu 6 Jahre zurück.

Die operative Hysteroskopie erfolgte bei Patientinnen mit erkennbarer intrauteriner Pathologie (Myom, Polyp) durch Elektresektion mit der Schlinge. Bei Patientinnen ohne erkennbare intrauterine Pathologie und fehlendem Kinderwunsch wurde mit der Schlingen- und Rollerball-Technik eine Endometriumresektion bzw. Ablation durchgeführt. Die durchschnittliche uterine Sondenlänge betrug 8 cm (6–9 cm) [2, 3].

Einweisungsdiagnose (n=168)

Hysteroskopische Diagnose der Blutungsstörung

E3 extraut. Ursache
H Myom
ü Polyp
0 Karzinom
□ Verkalkng.

Abb. 1. Prozentuale Häufigkeit von Blutungsstörungen (33,9%) bei Patientinnen, die zur Hysteroskopie überwiesen wurden. Hysteroskopisch erhobene Befunde dieser Patientinnen mit Blutungsstörung.

Die durchschnittliche Operationszeit betrug bei Patientinnen mit Myomresektion 62,3 Minuten (10–120), bei Patientinnen mit Endometriumresektion 48,9 Minuten (25–70). Die durchschnittlich resorbierte Purisole® Menge war ca. 338 ml (0–1000 ml). Bei 45 % der Patientinnen wurde eine präoperative Antibiotikaphylaxe durchgeführt, der postoperative Verlauf war mit oder ohne Antibiotika statistisch nicht signifikant unterschiedlich.

Es fand sich in unserem Kollektiv keine intraoperative und postoperative Morbidität. 90% der nach einem Zeitraum von mehr als 6 Monaten nachuntersuchten Patientinnen waren mit dem Ergebnis der Operation zufrieden. Die Zufriedenheit wurde bei den Patientinnen mit Endometriumresektion als Amenorrhoe bzw. Hypomenorrhoe, bei Patientinnen mit noch bestehendem Kinderwunsch als normale Regelblutung definiert.

Literatur

1 Lindemann HJ.: The Choice of Distention Medium. In: Hysteroscopy. van der Pas H, van Herendael BJ, van Lith DAF, Keith LG, eds., MTP Press LTD.. 11–18(1983).

Magos AL. Baumann R

Turnbull AC: Trans-cervical resection of endometrium in women with menorrhagia. Brit. Med. J. 298: 1209–1212 (1989).