Zur laparoskopischen Operation Von Dermoidzysten

A.		Rempen
----	--	--------

Univers.-Frauenklinik Würzburg (Direktor Prof Dr med K H Wulf)

PD Dr. med. A: Rempen, Universitäts-Frauenklinik, Josef-Schneider-Str. 4, D-97080 Würzburg

Wenn auch der laparoskopische Zugang gegenüber der Laparotomie kosmetisch günstiger und weniger traumatisierend ist, wird die laparoskopische Operation an den Adnexen heute kontrovers diskutiert [4]. Dies betrifft insbesondere die Entfernung von Dermoidzysten, da hier neben der Anoperation eines Malignoms eine chemische Peritonitis durch den Dermoidinhalt befürchtet wird. So werden die Dermoidzysten bisher häufig von der laparoskopischen Ovarialchirurgie ausgenommen [5].

Patientengut und Ergebnisse

An der Universitäts-Frauenklinik Würzburg wurden von 3/92 bis 5/93 bei 11 Patientinnen im Alter zwischen 18 und 41 Jahren eine Dermoidzyste unter Verwendung der Videolaparoskopie entfernt, wobei einmal eine Ovariectomie und 10mal eine Zystenexstirpation durchgeführt wurde.

Die klinisch meist asymptomatischen Dermoidzysten (10/11) wurden häufig erst anlässlich einer Ultraschalluntersuchung entdeckt und zeigten präoperativ in neun Fällen ein typisches Bild mit echoreichen Anteilen. Ihr Durchmesser reichte von 1,5 bis 6 cm.

Nach laparoskopischer Inspektion des glatten weißlich-glänzenden Ovarialtumors und des gesamten zugänglichen Peritonealraums wurde die Zyste punktiert und der meist dickflüssige Talg aspiriert. Nach Spaltung der Tunica albuginea wurde der Zystenbalg gefaßt und unter Zug und Gegenzug überwiegend stumpf aus dem Ovar gelöst. Auf eine sorgfältige Spülung des Bauchraums zur Beseitigung von Dermoidresten wurde geachtet. Sechsmal wurde das Restovar durch Endonähte versorgt, viermal adaptierten sich die nicht blutenden Wundränder spontan ausreichend. Bei 7 Patientinnen wurde abschließend eine 12er-Robinsondrainage eingelegt. Zusätzliche Operationen waren bei insgesamt 7 Patientinnen erforderlich: Einmal wurde eine kontralaterale

Eileiterschwangerschaft nach Salpingotomie entfernt. dreimal mußten zunächst Verwachsungen des Ovars zur Umgebung bzw. breite Netzadhäsionen gelöst werden, zweimal wurden Funktionszysten des kontralateralen Ovars und bei einer Patientin Endometriosezysten aus beiden Ovarien sowie ein Myom entfernt. Einmal wurde der Eingriff mit einer Sterilisation bei abgeschlossener Familienplanung verbunden. Die durchschnittliche Operationsdauer betrug 115 Minuten (70–205). Intra- oder postoperative Komplikationen wurden bei 20 Patientinnen nicht beobachtet. Bei einer Patientin trat am ersten postoperativen Tag Fieber gefolgt von einem Ikterus auf, die wahrscheinlich durch eine Halothan-Hepatitis bedingt waren und spontan wieder verschwanden.

Diskussion

Es zeigt sich, daß eine laparoskopische Entfernung von Dermoidzysten unter Erhaltung des Ovars möglich ist, ohne daß eine Peritonitis befürchtet werden muß. Voraussetzung ist das

gründliche Spülen des Abdomens. Um Rezidive zu vermeiden, ist eine komplette Entfernung des Tumors notwendig. Die alleinige Zystenpunktion mit Wandbiopsie führt zum Rezidiv [6]. Bei Patientinnen über 50 Jahre wurde eine Entartungshäufigkeit von 19% angegeben [3], so daß wir eine organerhaltende Operation der Dermoidzyste durch Laparoskopie in der Postmenopause nicht empfehlen. Dagegen ist die Gefahr einer malignen Entartung bei der prämenopausalen Patientin gering ($< 1\%$). Doch sollte bei auffälligen Gewebeveränderungen eine histologische Schnellschnittuntersuchung veranlaßt werden, um im Falle der Malignität in gleicher Sitzung laparotomieren zu können. Ob die Eröffnung der Kapsel eines malignen Tumors bei der Laparoskopie nachteilige Auswirkungen hat, läßt sich zur Zeit nicht abschließend beantworten. Auch wenn man ersatzweise laparotomierte Ovarialkarzinome im Stadium I ohne und mit Kapselruptur einander gegenüberstellt, wird bei der Ruptur sowohl über eine Verschlechterung [2] als auch über keine Beeinflussung der Prognose [7] berichtet. Die eigenen Operationszeiten decken sich mit den Angaben anderer Autoren [1]. Mit zunehmender Erfahrung und technischen Weiterentwicklungen ist eine Verkürzung der teilweise langen Eingriffsdauer zu erwarten. Die Rekonvaleszenz ist jedenfalls gegenüber der Laparotomie deutlich kürzer.

Schlußfolgerung

Die Vorteile der Laparoskopie gegenüber der Laparotomie können auch bei Dermoidzysten genutzt werden.

Literatur

Bollen N, Camus M, Tournaye H, De Munk L, Devroey P: Laparoscopic removal of benign mature teratoma. Hum. Reprod. 7: 1429 (1992).

Finn CB, Luesley DM, Buxton EJ, Blackledge OR, Kelly K, Dunn JA, Wilson S: Is stage I epithelial ovarian cancer overtreated both surgically and systematically? Results of a five-year cancer registry review. Br. J. Obstet. Gynaecol. 99: 54 (1992).

Gordon A, Rosenshein N, Parmley T, Bhaga-van B: Benign cystic teratomas in post-menopausal women. Am. J. Obstet. Gynecol. 138: 1120(1980).

45 Lübke F: Endoskopische Diagnostik und Therapie der Ovarial-Tumore. Arch. Gynecol. Obstet. 252: im Druck (1993). Mursch-Edelmayr G, Hintermüller P

Arzt W

Tews G

Fröhlich H: Laparoskopische Therapie von zystischen Ovarialtumoren. Gynäk. Rdsch. 28: suppl. 2

209 (1988). Serafini P, Kerin J

Marrs R: Management of unexpected ovarian cyst during laparoscopy for oocyte retrieval. Fertil. Steril. 48: 146 (1987).