Zur Frage des Blutungsverhaltens und der Karzinomprophylaxe bei Frauen nach pelviskopischer, suprazervikaler Hysterektomie mit Zervixstanze

F.		Wierrani
M.		Huber
W.		Grin
B.		Nakhla
F.		Gill
W.		Grünberger

Gynäkol. Geburtsh. Abt. Krankenanstalt Rudolfstiftung (Vorst.: Prof. Dr. Werner Grünberger)

Dr. F Wierrani, Gynäkol. Geburtsh. Abt. Krankenanstalt Rudolfstiftung, Juchgasse, A-1030 Wien

Bei der pelviskopischen, suprazervikalen Hysterektomie wird das hormonabhängige Zervixgewebe und die exokrinen Drüsen der Portio uteri einschließlich der Umwandlungszone durch die zylindrische Ausstanzung der Zervix entfernt. Ob die zylinderförmige Aushöhlung der Zervix das Auftreten zyklischer Monatsblutungen dauerhaft verhindert und eine Zervixkarzinomprophylaxe darstellt, sollte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung überprüft werden [1].

Material

In den 12 Monaten vom 5. 3. 1992 bis 4. 3. 1993 wurden an unserer Abteilung insgesamt 53 pelviskopische Hysterektomien mit und ohne Adnexextirpation durchgeführt. Das Durchschnittsalter unserer Patientinnen lag bei 52,3 Jahren (44, 3–72, 8).

Operationsindikationen stellten Uterus myomatosus, chronisch rezidivierende Metrorrhagien, atypische Endometriumhyperplasien und die Inkont. ur. rel. mit Desc. ut./vag. dar.

Die präoperative Abklärung bestand aus: Zervixexfoliativzytologie, Sekretstatus, vaginosonographische Zervix- und Korpusvermessung, IV-Pyelographie, Inkontinenzabklärung mit Gaudenzbogen und perinealem Ultraschall mit Preßversuch.

Ausschlusskriterien waren der Verdacht auf einen neoplastischen Prozeß, sowie ein zu großer und schlecht beweglicher Uterus.

Methodik

Die Hysterektomie führen wir in Anlehnung an die Operationstechnik nach Semm durch [2]. Für die zylindrische Zervix-aushöhlung stehen uns zwei Stanzrohre mit jeweils 15 und 20 mm Durchmesser zur Verfügung [3].

Nach endoskopischem Absetzen der Adnexabgänge werden die Ligamenta lata und das Blasenperitoneum unter Schonung der Aa. uterinae im Zervix-Isthmusbereich abgeschoben. Anschließend wird aus der Zervix und dem Korpus uteri ein Gewebszylinder in Stärke des Stanzrohres gewonnen. Der ausgehülste „Muskelschlauch“ wird suprazervikal mit einer Seralenschlinge ligiert und der Uterus im Kollum-Isthmusbereich abgesetzt.

In 28 von 53 Fällen erfolgte zu Operationsbeginn wegen großem Ektropium eine Messerkonisation.

Ergebnisse

Von insgesamt 53 operierten Patientinnen konnten wir 38 Frauen über mindestens drei Monate bis zu 13 Monaten nachkontrollieren.

Von diesen 38 Frauen waren bei 35 präoperativ noch reguläre, zyklische Monatsblutungen aufgetreten, sodaß hier eine prämeno-pausale Geschlechtshormonkonstellation angenommen werden muß.

Drei Monate nach der Operation fand man einen unauffällig überhäuteten Restportio stumpf, der gut palpiert werden konnte. Im Smear konnten bei keiner der Patientinnen Zervixdrüsenzellen gefunden werden.

Drei der 38 Frauen gaben jedoch ein zyklisches Auftreten von Sprublutungen über ein bis zwei Tage an.

An einer Patientin mußte, in gleicher Sitzung nach erfolgter Zervixstanze, bei uteriner Blutung die Restportio per Laparotomie entfernt werden. Histologisch waren in dem ausgehülsten Muskel-schlauch noch Anteile exokriner Zervixdrüsen nachweisbar.

Zusammenfassend zeigt sowohl

das postoperative Auftreten von zyklischen Blutungen nach Abheilung des Defekts am Scheidenende wie auch

das histologische Bild von nur subtotal entfernten exokrinen Zervixdrüsen am in gleicher Sitzung exstirpierten Portiostumpf,

eine gewisse Schwankungsbreite der Stanzradikalität.

Diskussion

Gegner der pelviskopischen suprazervikalen Hysterektomie weisen immer wieder auf die verbleibende größtenteils bindegewebige ausgehülste Restzervix mit weiterhin bestehendem Risiko eines Zervixkarzinoms hin.

Die Interpretation dieses Geschehens kann nur unter der Sicht einiger struktureller, histologischer und physiologischer Besonderheiten der Portiooberfläche, des Zervixkanals und des Isthmus uteri vorgenommen werden:

1. Zur Zervix uteri:

Am äußeren Muttermund zeigt das regelhafte Verhalten der Epithelgrenzen eine große Schwankungsbreite: in den Jahren der Geschlechtsreife reichen die Zervixdrüsen oft an die Portiooberfläche hinaus, während sie sich nach der Menopause weit in den Zervikalkanal hineinziehen [4],

Das Plattenepithelkarzinom (epidermoides Karzinom) und das nicht verhornende großzellige Karzinom (Intermediärzellkarzinom) nehmen ihren Ausgangspunkt im Plattenepithel der Portio. Die Umwandlungszone stellt hierbei einen Prädelektionsort dar [1],

Hier ergeben sich manchmal auch bei kolpomikroskopischer topischer Festlegung der Umwandlungszone durch entzündlich bedingte Plattenepitheltypen beträchtliche Schwierigkeiten. bei Anwendung der Schiller'schen Jodprobe stellen sich Ektopien mit offenen Umwandlungszonen zu 3%, solche mit geschlossenen Umwandlungszonen zu über 20% als jodpositives Areal dar [5].

Bei Frauen mit Ektropium ergibt sich somit die Möglichkeit einer subradikalen Entfernung von Zylinderzellen aus dem Bereich des äußeren Muttermundes. An unseren Patientinnen konnten wir jedoch bei der postoperativen Abstrichkontrolle keine Zervixzellen feststellen.

Allerdings waren bei unserer Patientin mit Stumpfresektion trotz Aushülsung noch exokrine Drüsen intrazervikal (möglicher Ausgangspunkt der Zylinderzellkarzinome vom endozervikalen Adeno-typ: 4–7 % der Zervixkarzinome) nachweisbar.

2. Zum Isthmus uteri:

Am nicht graviden Uterus wird der Isthmus formal anatomisch der Zervix zugeordnet [6]. Weder dem Eintritt der Aa. uterinae, noch dem Abgang der vorderen Umschlagsfalte des Peritoneums kommt eine ausschlaggebende Bedeutung für die topische Lokalisierung der Isthmus-

Korpusgrenze zu [7]. Der Isthmus pendelt um den inneren Muttermund, seine „endometriumähnlichen Drüsen-schläuche“ erstrecken sich bis ins Myometrium.

Schwankt zwar die Länge des Zervixkanals, so ist jedoch der Abstand zwischen der obersten Schleimdrüse im Zervixkanal und der „letzten“ im Bereich der Portio bei vergleichbaren Uterusgrößen

weitgehend konstant. Erscheinen Zervixdrüsen an der Portio-oberfläche, so rückt die Grenze des Zervixepithels gegen die Isthmusschleimhaut tiefer. Der mit Isthmusschleimhaut oder Endometrium ausgekleidete Uterusabschnitt bildet dann einen mehr oder weniger großen Anteil des Zervixkanals [7]. Der Isthmus ist an Proliferation und Desquamation beteiligt und nimmt somit an der menstruellen Blutung teil. Allerdings erreichen die sich hierbei ab-spielenden Vorgänge quantitativ und qualitativ bei weitem nicht die gleiche Intensität wie im Korpus uteri [8].

Auch bei tiefer suprazervikaler Hysterektomie kann hier isthmisches Portiogewebe verbleiben.

Ein zu groß bemessener Stanzendurchmesser birgt die Gefahr der verfrühten Perforation im isthmischen Bereich mit Verletzungen der Aa. uterinae. Dies gilt besonders bei älteren Frauen mit zervikaler Hypertrophie, die oft in Verbindung mit einer Elongation der Zervix steht [7, 8]. Besonders wichtig erachten wir es, vor Durchführung der Stanze den Uterus in eine gestreckte Position zu bringen, um nicht Schleimhautanteile des Isthmus zu verfehlen.

Für ganz wesentlich betrachten wir die intraoperative pelvisko-pische Elektrokoagulation der Uterusabtragungsfläche. Wir hoffen damit verbliebene Reste von Isthmusdrüsen zu denaturieren. Ob auch tiefe vaginale Elektrokoagulation in Verbindung mit einer möglichst großen Stanze zur Denaturierung der isthmischen Drüsen mithilft, ist zur Zeit noch unklar. Auch ist die Möglichkeit eines Sistierens der Blutungstätigkeit im weiteren Heilungsverlauf vorstellbar.

Kommt es trotzdem zu zyklischen Blutungen, so müssen die Patienten regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen zugeführt werden. irreguläre Blutungen nach Abheilung der vaginalen Wundfläche sind in gleicher Form wie bei erhaltenem Uterus zu interpretieren und in diesem Sinne auch abklärungsbedürftig.

Zur Wahl des idealen Stanzendurchmessers und zur Entscheidung über eine Konisation führen wir nun präoperativ folgende Untersuchungen durch: Vaginosonographische Vermessung der Zervix- und der Isthmusbreite; kolposkopische Suche nach Drüsenfelder an der Portiooberfläche. Intraoperativ haben wir uns zur pelviskopischen Elektrokoagulation der Uterusabtragungsstelle, sowie zur Verschorfung des vaginalen Wundbettes entschlossen.

Literatur

Tervilä I: Carcinoma of the cervical stump.
Acta Obstet. Gynecol. Scand. 42: 200–214
(1963).

Semm K: Hysterektomie per laparotomiam
oder per pelviskopiam – ein neuer Weg ohne
Kolpotomie durch CASH. Geburtsh. u. Frau-

enheilk. 12:843–846(1991).

Gill F, Wierrani F, Grünberger W: Die pelvis-kopische Hysterektomie – eine prospektive Vergleichsstudie über 40 Fälle. Geburtsh. u. Frauenheilk. 11: 681–683 (1992). Schneppenheim P, Hamperl H, Kaufmann C, Ober KG: Die Beziehung des Schleimepithels zum Plattenepithel an der Cervix uteri im Lebenslauf der Frau. Archiv für Gynäkologie. 190:303–345 (1958).

Kern K: Preinvasive Carcinoma of the Cervix, 1. Aufl. Springer-Verlag. Berlin-Heidelberg 1968.

Aschoff L: Zur Cervixfrage. Z. Geburtsh. Gynäk. 22:611–631: (1905).

Ober KG, Schneppenheim P, Hamperl H, Kaufmann C: Die Epithelgrenzen im Bereiche des Isthmus uteri. Archiv für Gynäkologie. 190:346–383(1958).

Nürnberg L: Zur Biologie des Isthmus uteri.