I. Hauptthema

Gynäkol Geburtsh Rundsch 1994;34(Suppl 1):12-13

Möglichkeiten und Grenzen der operativen Hysteroskopie

C.	Christine	Kurz
F.		Nagele
K.		Benes
N.		Pateisky

Univers.-Frauenklinik Wien Abt. Geburtsh. Gynäk. (Vorst.: Prof. Dr. P. Husslein)

Dr. Christine Kurz, Univers.-Frauenklinik, Spitalgasse 23, A-1090 Wien

Die Endoskopie erhält einen immer höheren Stellenwert in der Gynäkologie, wobei sich die hysteroskopischen Operationstechniken nach wie vor in einer Entwicklungsphase befinden. Die Hauptindikationen der hysteroskopischen Behandlung von intrauterinen Pathologien sind derzeit die Resektion von Schleimhautpolypen, Myompolypen, submucösen Myomen und die Durchtrennung von Synechien und intrauterinen Septen. Diese Indikationen sind bereits etabliert und werden in absehbarer Zeit, auf Grund der rasanten Entwicklung im Bereich der Endoskopie, den operativen „goldenen Standard“ darstellen (Tab. 1).

Diesen Patientinnen kann man somit einen abdominellen Eingriff, beziehungsweise eine Uterusexstirpation ersparen. Derzeit ist die Durchführung dieser Operationen auf wenige Zentren beschränkt. Um eine größtmögliche Sicherheit für die Patientinnen zu gewährleisten bedarf es einer speziellen Ausbildung im Umgang mit dem Instrumentarium (Tab. 2) sowie eines guten Zusammenspiels von Hand und Auge – Voraussetzungen welche im Rahmen der zunehmend angebotenen in- und ausländischen Trainingsmöglichkeiten, operativen Workshops und live „hands on“ Training erlernt werden können.

Tabelle 2. Instrumentarium

RESEKTOSKOP 9 mm. 12° Optik

ELEKTRODEN

Arbeitsbrücke + Faß-Schneideinstrumente

Continuous flow Hysteromat + Distensionsmedien Hochfrequenzgerät

LICHTQUELLE + Endo-Video-Kamera Farbmonitor. Videorecorder

Als weitere Indikation stellt die Endometriumresektion oder Ablation bei hormonrefraktärer rezidivierender Menorrhagie eine mögliche einfache Alternative zur vaginalen Uterusexstirpation dar. Dabei wird das Endometrium bis einschließlich dem Stratum basale entweder thermisch durch Kauterisation zerstört, mit Laser vaporisiert oder mit dem Resektoskop mit Hilfe der Resektionsschlinge entfernt.

In 2/3 der so behandelten Patientinnen ist eine Amenorrhoe, in einem Drittel eine Hypomenorrhoe als post-operativer Erfolg zu erwarten.

Grenzen:

Tabelle 1. Indikationen zur operativen Hysteroskopie

Lost IUP Kinderwunschpatientinnen

Resektion von funktionellen Septen. Myomen und Polypen bei Patientinnen mit Abortus habitus

Asherman-Syndrom Grad I und II (Lösung von intrauterinen Adhäsionen) Resektion vom Myomen und Polypen bei rez. Metrorrhagien Endometriumablation
 Eine präoperative Einschätzung des Operationsrisikos sollte durch exakte Diagnosestellung mittels Palpation, Vaginosonographie, diagnostischer Hysteroskopie und Laparoskopie durchgeführt werden. Daraus ergeben sich auch die Grenzen der hysteroskopischen Operationen bei Uterus myomatosus (größer als ein gravider Uterus der 12. Schwangerschaftswoche), intramural gelegenen Myom-knoten entsprechend der Klassifikation der European Society of Hysteroscopy – Stadium II und III (siehe Abb.)

I: intrakavitäres Myom

- mehr als 50 % intrakavitär II: 50% intrakavitär, 50 % intramural III: 100 % intramural gelegener Myomknoten

und bei intrauterinen Myomknoten > 9 cm³ da in diesen Indikationen eine Verbesserung der Blutungssymptomatik nicht zu erwarten ist. Intramural gelegene Myomknoten der Klasse ESH II und III, das heißt mehr als 2/3 des Myomknotens liegen im Myometrium, sollten wegen des erhöhten intraoperativen Perforationsrisikos bei fraglichen postoperativen Benefit für die Patientin nicht oder nur nach entsprechender medikamentöser Vorbe-reitung zweizeitig operiert werden.

Uterine Fehlbildungen wie Uterus duplex, Uterus bi-cornis unicollis, Uterus unicornis oder ein Ashermansyn-drom Grad 3 müssen durch eine HSG oder diagnostische Hysteroskopie ausgeschlossen werden, da sie operativ nicht angegangen werden dürfen.

Die Komplikationsrate der Hysteroskopie liegt im Promillebereich. Jedoch muß erwähnt werden, daß über 30 % der uterinen Perforationen als first case Perfora-tionen stattfinden.

Durch die Wahl des idealen Operationszeitpunktes im Menstruationszyklus der Patientinnen – postmenstruell oder durch entsprechende medikamentöse Vorbereitung kann das Komplikationsrisiko zusätzlich minimiert werden.

Bei entsprechender Indikation dieser Form der Endo-chirurgie profitieren die Patientinnen, da sie bei kurz-fristigen stationären Aufenthalt organerhaltend und minimal invasiv und somit patientenfreundlich behandelt werden.

Literatur

Azziz R, Murphy AA: Practical manual of operative Laparoscopy and Hysteroscopy. Springer Verlag. Berlin (1992). Broadbent JA, Molnar B, Cooper MJW, Ma-gos A: Endoscopic management of uterine perforation occurring during endometrial resek-tion. British Journal of Obstet. and Gy-naecol. 1992, Vol. 99, p. 1018. DeCherny A, Diamond MP, Lavy G, Polan ML:

Endometrial ablation for intractable uterine bleeding: hysteroscopic resection. Obstet Gynecol 1987;70:688-70. Fraser JS: Hysteroscopy and laparoscopy in women with menorrhagia. Am J Obstet Gynecol 1992, 162: 1264-9.

Hucke J, Campo RL, De Bryne F, Abou Freikha A: Die hysteroskopische Resektion submuköser Myome. Gebh. Frauenheilk. (1992) 52, 191-256.

Loffer FD: Complications form uterine distension during hysteroscopy, in Corfman RS, Diamond MP, DeCherny A: Complications of Laparoscopy and hysteroscopy. Blackwell Science Publications, Chapter 35. pp 177-185, 1993.

Nels KJ, Hepp H: Hysteroskope g. Thieme Verlag, Stuttgart 1991.

10

Neuwirth RS: A new technique for and additional experience with hysteroskopie resection of submucous fibroids. Am J. Obst. Gyn. 131 (1978)92

Valle RF: Cervical and uterine komplikations during insertion of the hysteroskope. Corfman RS, Diamond MP, DeCherny A: Complications of Laparoscopy and hysteroscopy Blackwell Science Publications. Chapter 34, pp. 167-176, 1993.

Wenzl R, Kurz Ch, Nagele F: Laparoskopische und hysteroskopische Übungen am Phantom. Verlag Wilhelm Maudrich Wien 1993.

13