Ein Vergleich von 4 operativen Möglichkeiten zur Hysterektomie

F.		Wierrani
M.		Huber
W.		Grin
W.		Grünberger

Gynäkol. Geburtsh. Abt. Krankenanstalt Rudolfstiftung Wien (Vorst.: Prim. Prof. Dr. W. Grünberger)

Dr. F. Wierrani, Gynäkol. Geburtsh. Abt. Krankenanstalt Rudolfstiftung, Juchgasse 25, A-1030 Wien

In den letzten Jahren haben wir mehrere operative Techniken zur Hysterektomie angewandt. Die vier häufigsten waren: Vaginale HE (VH). laparoskopisch assistierte HE (LAVH) [1], abdominale HE (AH), pelviskopische suprazervikale HE mit Ausstanzung der Zervix (CISH) [2].

Um einen Beitrag zur Indikationsstellung für die einzelnen Hy-sterektomiearten zu leisten, haben wir nunmehr je 40 Patientinnen, die in Folge mit einer der vier Methoden operiert wurden, prä-, in-tra- und postoperativ überprüft. Die bei den 160 Frauen gefundenen Ergebnisse wurden verglichen.

Methode

Operationsindikationen stellten der Uterus myomatosus, chronisch therapieresistente Metrorrhagien, die atypische Hyperplasie, CIN I-II, und die Endometriosis int. dar. CISH wurde bei CIN-Befunden nicht angewendet.

Die ausgewerteten Parameter sind: Uterusgewicht, Operations-dauer, intra-/p. o. Blutverlust, p. o. Morbidität, Krankenhaus-aufenthaltsdauer. Der postoperative Nachuntersuchungszeitraum erstreckte sich über mindestens ein Jahr.

Mittels Vaginosonographie sowie Progesteron und Basal-temperaturmessungen wurde ein Zyklusmonitoring durchgeführt. Biphasische und anovulatorische Zyklen wurden festgehalten. Zusätzlich wurden in einem Fragebogen folgende Parameter dokumentiert: Auftreten von Wallungen, Herzjagen, hot flushes, Gliederschwäche, Gliedertaubheit, Schlafstörungen, Nervosität, depressiver Verstimtheit, Schwindel, Scheidentrockenheit, Libido. Operative Spätkomplikationen (z. B.: Mukozelenbildung bei CISH) wurden dokumentiert.

Resultate

Das Gewicht der exstirpierten Uteri war bei der AH ($\bar{x}$ = 640 g, 130-2930) am höchsten, gefolgt vom Uterusgewicht bei LAVH ($\bar{x}$ = 430 g, 150-1310) und CISH ($\bar{x}$ = 410 g, 150-1460). Die VH zeigte das geringste Uterusgewicht ($\bar{x}$ = 370 g, 120-1220).

Wie bereits mehrfach publiziert, stellt CISH perioperativ bezüglich Morbidität und Blutverlusten eine sehr günstige Operationstechnik dar [3, 4]:

Bei CISH traten im Gegensatz zu den anderen Operationsarten keine Stumpfinfiltrate auf. (LAVH: 1, AH: 2, VH: 3). Kleine re-

trovesikale Hämatome konnten wir bei CISH und bei der AH ein-mal, bei der VH zweimal diagnostizieren. Als „Stumpfinfiltrate“ und „retrovesikale Hämatome“ haben wir vaginosonographisch suspekta Herde ab 1 cm Durchmesser vermerkt, bei der klinischen Untersuchung waren diese Resultate nur insgesamt dreimal reproduzierbar.

Postoperatives Fieber über 38,2° C trat bei CISH nur zweimal auf. (LAVH: 4, VH: 8, AH: 9). CISH zeigte darüber hinaus den geringsten intra- (durchschnittl. 100 ml) und postoperativen (durchschnittl. 20 ml) Blutverlust (LAVH: 140 ml, 45 ml, AH: 295 ml, 50 ml, VH: 155 ml, nicht gemessen).

Die VH (x = 41 min., 25-75) zeigte sich als raschest durchführbare Methode, LAVH (x = 75 min., 50-120) und AH (x = 62 min., 35-115) dauerten etwa gleich lang. Bei CISH (90 min., 50-175) war die Operationsdauer am längsten.

Die postoperative Krankenhausaufenthaltsdauer schwankte zwischen 4,7 Tagen bei CISH und 9,2 Tagen bei AH (LAVH: 7,6 Tage, VH: 8,1 Tage).

Die Compliance der Patientinnen war in allen Gruppen im Laufe der Untersuchung abnehmend. Von präoperativ prämenstruellen Frauen (VH: n = 17, LAVH: n = 19, AH: n = 25, CISH: n = 28) konnten nur insgesamt 41 Frauen (VH: n = 7, LAVH: n = 11, AH: n = 14, CISH: n = 9) mindestens viermal (ein, drei, sechs und zwölf Monate postoperativ nachuntersucht werden. In den vier Gruppen zeigten sich nach einem Jahr vergleichbare Änderungen in Richtung postmenopausaler Sexualhormonkonstellation. Die subjektiven, durch Fragebogen erhobenen Daten ergaben eine starke Streuung, jedoch gaben die Patientinnen in allen Gruppen einen vergleichbar hohen Zufriedenheitsgrad an. Eine postoperative Beeinflussung der Libido durch eine spezifische Operationstechnik konnten wir nicht evaluieren.

CISH zeigt darüberhinaus postoperativ bei Frauen ohne intra-operativer Elektrokoagulation der Zervixhüllfaszie bei 20 % der Patientinnen spezifische Komplikationen: zyklische Spurb Blutungen und die Ausbildung von Mukozelen [5, 6].

Diskussion

Durch den Fortschritt der minimal invasiven Chirurgie wurden in den letzten Jahren auch einige Methoden zur endoskopischen Hysterektomie vorgestellt. Sie fanden vor allem in den USA, wo

bislang etwa 90 % aller Uterusexstirpationen per laparotomiam vorgenommen wurden, großen Anklang [1]. Die pelviskopischen Techniken wurden mit Laparotomien zumeist bezüglich Dauer des Spitalsaufenthaltes und der anfallenden Kosten verglichen, wobei die neuen Techniken in der Regel positiv abschnitten. In Europa wurde vor allem von Semm „CISH“ propagiert, wobei der Mentor dieser Methode vor allem die Vorteile bezüglich postoperativen Sexualempfindens herausstrich.

Sinn unserer Studie sollte ein Vergleich der vier gängigsten Methoden bezüglich perioperativer Spitalsroutine und postoperativer Befindlichkeit sein.

Diskutiert man die von uns verglichenen Ergebnisse, so zeigen sich in den Gruppen unterschiedliche Vorteile und Nachteile, die in jedem Fall mit der Patientin besprochen werden sollten, um für den jeweiligen Fall das günstigste operative Vorgehen zu finden.

Literatur

Reich H, De Caprio J: Laparoscopic hysterectomy. J. Gynecol. Surg. 1989; 5: 213-216.

Semm K: Hysterektomie per laparotomiam oder pelviskopiam. Geburtsh. u. Frauenhk.

1991;51:226-229.

Gill F, Wierrani F, Grünberger W: Die pelviskopische Hysterektomie – eine prospektive Vergleichsstudie über 40 Fälle. Geburtsh. u. Frauenhk. 1992; 52: 681-683.

Wierrani F, Gill F, Grin W, Grünberger W: The Pelviscopic Hysterectomy: A Prospective Comparative Study of Sixty Cases; in Steichen FM u. Welter RW (eds.): Minimally Invasive Surgery and New Technology. St. Louis, Missouri. Quality Medical Publishing Inc. 1994; pp. 291-293.

Wierrani F, Huber M, Grin W, Grünberger W: Zur Problematik der Stanzradikalität bei der Pelviskopischen Hysterektomie: Histopathologisch-anatomische Aspekte von subpraginalen zervikalen Drüsenresiduen bei uterinen Varietäten. Wiener Klinische Wochenschrift 1994. angenommen zur Publikation.

Wierrani F, Grin W, Huber M, Oiechowski M, Grünberger W: The clinical effect of uterine hyperflexion and servical elongation in cases of Pelviscopic Hysterectomy. Gynecologic and Obstetric Investigation 1994. angenommen zur Publikation.

28

Wierrani/Huber/Grin/Grünberger

Ein Vergleich von 4 operativen Möglichkeiten zur Hysterektomie