Hysteroskopische Endometriumablation und postoperative Hormontherapie

Behandlung der rezidivierenden klimakterischen Metrorrhagie

G.		Freude
S.		Leodolter

LBI für Fortpflanzungsmedizin und spez. Gynäkologie am KH-Lainz (Vorst.: Prim. Prof. Dr. S. Leodolter)

Dr. G. Freude, KH Lainz, LBI f. Fortpflanzungsmed. u. spezielle Gynäkologie, Wolkersbergenstraße 1, A-1130 Wien

Bei Fällen mit rezidivierender, therapieresistenter Metrorrhagie im Klimakterium wurde bislang zumeist die Hysterektomie als Therapie der Wahl angesehen. Durch Einsatz der Flüssigkeits-hysteroskopie hat sich nunmehr das diagnostische und therapeutische Vorgehen grundlegend geändert.

1987 wurde erstmals über den Einsatz von sogenannten Re-sektoskopen mit Schlingen- oder Rollerballelektroden zur Entfernung des Endometriums bei Fällen mit rezidivierenden, therapieresistenten, periklimakterischen Menometrorrhagien berichtet [1]. Der Prozentsatz an Rezidiv-Metrorrhagien nach diesem therapeutischen Vorgehen ist jedoch hoch [2, 3]. Ziel unserer Untersuchung war es deshalb festzustellen, ob durch postoperative Hormontherapie die Rate an Rezidivblutungen zu senken wäre und, ob dieses kombinierte therapeutische Vorgehen als alternative Behandlungsmethode in Frage kommt.

Krankengut und Methode

Unser Krankengut umfaßt 132 Patientinnen mit einem Alter zwischen 45 und 53 Jahren. Bei 50 dieser Patientinnen waren im Rahmen der Hysteroskopie intrauterine Blutungsursachen festzustellen, sie wurden von der Studie ausgeschlossen; bei den übrigen 82 Patientinnen war eine hormonelle Dysfunktion als Blutungsursache anzunehmen, diese Patientinnen wurden in die Studie inkludiert.

In jedem Fall wurde eine diagnostische Hysteroskopie mit anschließender Curettage, – zur histologischen Abklärung der Blutungsursache –, durchgeführt. Am 1. postoperativen Tag erfolgte die Verabreichung einer GnRH-Depot-Medikation (z. B.

Zoladex sc.) als Vorbereitung für die Endometriumablation, die dann, etwa 4 Wochen nach dem initialen Eingriff, unter Einsatz des Resektoskopes mittels Rollerballelektrode vorgenommen wurde.

20 der 82 Patientinnen erhielten im Anschluß an die Operation auf eigenen Wunsch keine hormonelle Therapie, bei 62 Patientinnen wurde am 1. postoperativen Tag mit einer kontinuierlichen Östro-gen-Gestagen-Medikation (Premarin 0,625 + Duphaston) begonnen.

Ergebnisse

Abbildung 1 und Abbildung 2 zeigen das postoperative Blutungsverhalten der Patientinnen ohne und mit postoperativer Hormontherapie.

Bei den Patientinnen ohne Hormontherapie (Tab. 1) bestand nur in 55 % der Fälle 24 Wochen postoperativ eine Amenorrhoe, die Versagerquote lag demnach bei 45 %, also einem Wert, wie

er auch in der Literatur beschrieben wird. Bei den Fällen, bei denen die hysteroskopische Endometriumablation durch Hormontherapie (Tab. 2) ergänzt wurde, war 24 Wochen postoperativ in 93,4% eine Amenorrhoe zu verzeichnen.

Diskussion

Unserer Erfahrung nach ist die hysteroskopische Endometriumablation mittels Rollerball mit anschließender. postoperativer Hormontherapie eine therapeutisch erfolgreiche, sichere und kosten-günstige Methode, die in einer Vielzahl von Fällen geeignet ist, bei therapieresistenter klimakterischer Blutung die Hysterektomie als Methode der Wahl abzulösen.

Tabelle 1. Hysteroskopische Ablatio ohne Hormontherapie n=20

Tabelle 2. Hysteroskopische Ablatio mit Hormontherapie n=62

8 Wochen postop.

16 Wochen postop.

24 Wochen postop.

8 Wochen postop.

16 Wochen postop.

24 Wochen postop.

Amenorrhoe

Spottings

Metrorrhagie

48 (77,4%)

13 (21,0%)

1 (1,6%)

56 (90,3%) 4 (6,5%) 2 (3,2%)

57 (93,4%) 2 (3,3%) 2 (3,3%)

Literatur

1 De Cherny EA et al.: Endometrial Ablation for intractable uterin bleeding: Hysteroscopic Resection. Obstet Gyn 1987.

Mc Lucas B: Endometrial ablation with the Roller Ball Electrode. J Reprod Med 1990.

Magos AL et al: Experience with the first 250 endometrial Resections for Menorrhagie. Lancet 1991.