I. Hauptthema

Gynäkol Geburtsh Rundsch 1994;34(Suppl 1):30-31

Ein Jahr **Hysteroskopie-Ambulanz** an der UFK Wien

F.		Nagele
Ch.		Kurz
K.		Benes
N.		Pateisky

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

Dr. F. Nagele, Univers.-Frauenklinik, Spitalgasse 23. A-1090 Wien

Die diagnostische Hysteroskopie ist die einzige Methode mit welcher der Cervikalkanal und das Cavum uteri einer direkten Betrachtung und Beurteilung zugänglich gemacht werden können. Die Hauptgründe für das sprunghaft zunehmende Interesse an der Hysteroskopie sind einerseits die heute im Handel befindlichen, hochqualitativen Instrumente bzw. Optiken und andererseits die Möglichkeit der operativen Hysteroskopie durch die Übernahme des Resektoskopes aus der Urologie. Zahlreiche Autoren haben über die Überlegenheit der diagnostischen Hysteroskopie gegenüber anderen Diagnosemethoden bei der Abklärung intracavitärer Pathologien berichtet [1, 2, 3]. Bezüglich abnormer uteriner Blutungen fand Loffer eine Sensitivität von 98 % bei Kombination von HSK mit gezielter Gewebsbiopsie gegenüber 65 % bei blinder Curettage [4]. Die in der Literatur beschriebenen Fälle wurden nahezu ausschließlich in Form der CO₂-HSK in Allgemeinanästhesie durchgeführt. Seit etwa einem Jahr werden an unserer Abteilung diagnostische Flüssigkeits-hysteroskopien mit durchgeführt. Wir berichten über unsere Erfahrungen und erste Ergebnisse aus dieser Ambulanz.

Patientinnen und Methode

Im Zeitraum von Februar 1993 bis Februar 1994 wurden 151 Patientinnen zugewiesen. Bei 31 Fällen wurde keine HSK durchgeführt, da entweder eine exakte Indikation gegeben war (n = 16), die Patientinnen zum Zeitpunkt der Untersuchung Blutungen hatten (n = 5) oder lediglich sonographische Kontrollen nach operativer HSK durchgeführt wurden (n=10). Von den übrigen 120 Fällen war bei 17 Patientinnen (14.2%) aufgrund von Stenosen oder Okklusionen keine Passage des Zervikalkanales möglich respektive wurde die HSK abgebrochen. Sämtliche Untersuchungen wurden mit einer 30 Grad Optik (inkl. Außenschaft 5 mm) der Fa. Circon nach der single-flow-Methode durchgeführt. Als Distensionsmedium verwenden wir NaCl-Lösung, welche in 1000 ml Plastikbeuteln unter Verwendung von eigenen Druckmanschetten und eines einfachen Infusionsbesteckes in das Cavum infundiert wird. Der durchschnittliche Distensionsdruck beträgt 100-200 mmHg. Als Lichtquelle verwenden wir ein in der Endoskopie übliches Kaltlichtgerät.

Nach sorgfältiger Scheidendesinfektion wird die Optikspitze an der Portio angesetzt, das Zustromventil am Außenschaft geöffnet und die Optik ohne manuellen Druck und bewußt langsam dem sich sukzessive öffnenden Zervikalkanal entlang nach vorne geführt.

Nach Überwindung des Os internum wird ein Überblick über das Cavum uteri gewonnen und die Schleimhautoberfläche inspiziert. Nach Erreichen des Fundus uteri können die Tubenostien

durch einfache Drehung um die Achse des Gerätes eingesehen werden und schließlich wird der Zervikalkanal beim Rückzug der Optik visualisiert.

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der 103 Patientinnen, bei denen ein intracavitärer Befund erhoben wurde, lag bei 40 Jahren (min. 18 -max. 77). Die häufigsten Indikationen waren abnorme uterine Blutungen (n = 69), Kinderwunsch bzw. Ab.habituallis (n = 19), auffällige US-Befunde (n = 9), sowie Kontroll-HSK nach operativer HSK (n = 4), und je einmal ein Lost IUD und Verdacht auf N. corporis (Tab. 1). 57 Patientinnen (55%) erhielten keine Vorbereitung,

Tabellel.

/0

Indikationen

Abnorme uterine Blutungen

Sterilität/ Abortus habituais

Suspekte US-Befunde

Ko nach operativer HSK

Lost IUD

Verdacht auf N. corp.

100

103

total

Diagnosen

Kein pathologischer Befund

Submucöse Myome

EM-Hyperplasie

EM-Polyp(osis)

EM-Atrophie

Uterus subseptus

Synechien

Uterus unicornis

N. corporis

103

100

total

28 Fälle (27 %) erhielten Spasmolytika bzw. Analgetika mit einem PGF2 α -supp. und in 18 Fällen (18%) wurde eine Parazervikal-blockade gesetzt.

Die hysteroskopischen Diagnosen waren wie folgt verteilt: in-tracavitäre Myome: n=15, irreguläre EM-Hyperplasien und intra-cavitäre Polypen: n = 20, Endometrium-Atrophie: n = 7, Uterus subseptus: n = 5, intracavitäre Synechien: n = 3 und je ein Uterus unicornis und ein Endometriumkarzinom: n = 2 (Tab. 1). Bei 51 Patientinnen (49,5 %) wurde ein unauffälliger Befund erhoben. In 10 Fällen wurden gezielte Strichcurettagen durchgeführt, wobei sämtliche Diagnosen histologisch bestätigt wurden. Interessant war, daß bei 25 Patientinnen (24 %) der Abfluß des Distensionsmediums über die Tubenostien visualisiert werden konnte. 75 Patientinnen (73 %) gaben keine Schmerzen während der Untersuchung an und 28 (27%) beschrieben Schmerzen unterschiedlicher Intensität. Wir hatten einen schweren Zwischenfall in Form eines allergischen

Schocks auf das Lokalanästhetikum. Die durchschnittliche Untersuchungsdauer betrug 2,8 min. (min. 1 – max. 12).

Conclusio

Die diagnostische HSK ist die effektivste Methode der Abklärung intracavitärer Pathologien, wobei abnorme uterine Blutungen und Fertilitätsstörungen die Hauptindikationen darstellen. Die Verwendung von flüssigen Distensionsmedien – in unserem Fall NaCl – bietet gegenüber der CO₂-Distension den Vorteil der wesentlich einfacheren Anwendung, da kein Hysteroflator und kein Portioadapter notwendig sind. Die Frage der transtubaren Karzinomzellverschleppung durch flüssige Distensionsmedien wird gegenwärtig kontroversiell diskutiert [5]. Die ambulante Durchführbarkeit der HSK hängt in erster Linie von der Fertigkeit und Übung des Untersuchers sowie der exakten Indikationsstellung, dem Alter der Patientin, der Parität, dem Zyklustag und den anatomischen Gegebenheiten der Cervix ab.

Literatur

Gimpelson RJ: Panoramic hysteroscopy with directed biopsies vs dilatation and curettage for accurate diagnosis. J. Reprod. Med. 1984; 29: 8.

Goldrath M, Sherman A: Office hysteroscopy and suction curettage: can we eliminate the hospital diagnostic dilatation and curettage? Am J Obstet Gynecol 1985; 152: 220.

Siegler AM et al: Hysteroscopic procedures in 257 patients. Fertil. Steril. 1976; 27: 1267.

Loffer FD: Hysteroscopy with selective endo-metrial sampling compared with D&C for abnormal uterine bleeding: the value of a negative hysteroscopic view. Obstet Gynecol 1989; 73: 16.

Romano S et al: Retrograde seeding of endo-metrial carcinoma during hysteroscopy. Gynecol. Oncol. 1992;44: 116.