Einfluß der Hysteroskopie auf das weitere operative Verhalten

J.		Berger
W.		Aschauer
M.		Stock
F.		Marberger

LKH Kirchdorf (Vorst.: HR. Prim. Dr. F. Marberger)

Dr. J. Berger, Landeskrankenhaus, Hausmannerstraße 8, A-4560 Kirchdorf/Krems

Die diagnostische und operative Hysteroskopie hat in den letzten Jahren immer mehr Bedeutung in der Diagnose und Behandlung von Blutungsstörungen gewonnen. Nach Einführen dieser minimal invasiven Methode an unserer Abteilung haben wir uns retrospektiv zwei Fragen gestellt:

Welche Befunderweiterung brachte die Hysteroskopie im Vergleich zur fraktionierten Curettage.

Wie sehr führte diese Befunderweiterung zu einer Änderung des operativen Verhaltens im klinischen Alltag.

Patientinnenkollektiv und Methode

Es wurde bei 153 Frauen im Zeitraum Juli 1992 bis Dezember 1993 eine diagnostische Hysteroskopie und im Anschluß daran eine fraktionierte Curettage in Allgemeinnarkose durchgeführt.

Dabei wurden Schaftsysteme mit einer Dauerspülabflußrichtung und einer Schaftstärke von 5,5 mm bis 8,5 mm verwendet. Als Distensionsmedium diente isotone Kochsalzlösung, mit der mittels Druckmanschette der intracavitäre Druck reguliert wurde. Bei 105 Frauen war die Indikation eine Blutungsanomalie, 18mal bestand eine Fertilitätsproblematik, 15mal lag ein sonographisch atypischer Endometriumbefund vor, der Rest an Indikationen verteilte sich auf kleinere Gruppen wie Dysmenorrhöen, Kontrollhysteroskopien nach operativer Hysteroskopie u. a.

Im Rahmen der operativen Hysteroskopie wurde 15mal eine Resektion von Cavumpolypen und 11mal eine Resektion submuköser Myome mit einem Resektoskop und der elektrischen Schlinge durchgeführt. Außerdem wurde bei 31 Frauen in der ersten Zyklushälfte ohne hormonelle Vorbereitung die Endometriumsresektion mit der elektrischen Schlinge vorgenommen, dabei wurde im Bereich des Fundus uteri und der Tubenwinkel der Rollerball verwendet. Als Distensionmedium diente ein Sorbit-Mannit-Gemisch. Intraoperativ wurde alle 15 Min. eine Flüssigkeitsbilanz erstellt, bei einem Flüssigkeitsdefizit von mehr als 500 ml wurden intraoperativ Elektrolytbestimmungen im Serum durchgeführt. Ab einem Defizit von 1500 ml war geplant, die Operation abubrechen.

Resultate

Bei den von uns durchgeführten Hysteroskopien zeigte sich bei der Gruppe der Blutungsstörungen gegenüber dem histologischen Ergebnis (Tab. 1) zunächst eine Überinterpretation normaler Endo-metriumsverhältnisse in Richtung unregelmäßiges oder hyperplastisches Endometrium. Einmal konnte ein histologisch verifiziertes Endometriumkarzinom aufgrund technischer Probleme, bedingt durch schlechte Sichtverhältnisse, nicht diagnostiziert werden. Die Sensitivität (Hysteroskopie u. Histologie) lag dadurch nicht bei 100% [1]. Wie bereits von vielen anderen Autoren gezeigt, wurde auch bei unserem Patientenkollektiv mittels Hysteroskopie doppelt so häufig die Diagnose Endometriumpolyp bzw. mehr als doppelt so häufig die Diagnose intracavitäres Myom gestellt. Dadurch ergab sich für uns die Indikation zur operativen Hysteroskopie [2]. Bei 15 Patientinnen führten wir eine Polypresektion durch, wobei keine Komplikationen auftraten. Die durchschnittliche Operationsdauer betrug 8 Min., das postoperative Blutungsverhalten war zufriedenstellend. Bei 11 Patientinnen wurde eine Myomresektion durchgeführt [3]. Einmal mußte die Operation wegen Überschreiten eines Flüssigkeitsdefizits von mehr als 1500 ml abgebrochen werden. Da nur ein Teil des Myomes reseziert werden konnte, war bei dieser Patientin ein Zweiteingriff vorgesehen. Dieser wurde jedoch aufgrund zufriedenstellender Blutungsanamnese nicht durchgeführt. In einem Fall mußte 8 Wochen postresectionem eine Hysterektomie wegen weiter bestehender starker Blutungen angeschlossen werden. Bei den übrigen 9 Patientinnen traten keine Komplikationen auf. In allen Fällen betrug die durchschnittliche Operationsdauer 17 Min. Bei 31 Endometriumresektionen die wegen rezidivierender Hypermenorrhoe oder Menorrhagie bei gleichzeitigem Wunsch nach Organerhaltung indiziert waren, zeigte sich lediglich als Komplikation zweimal eine leichte Hyponatriämie (125 mmol, 128 mmol). Es kam zu keiner Perforation, Entzündung oder stärkeren Nachblutung. Das durchschnittliche Flüssigkeitsdefizit betrug 410 ml. Die Operationsdauer war hauptsächlich abhängig von der operativen Erfahrung und vom Zyklustag, d. h. je später im Zyklus die Resektion durchgeführt wurde, umso länger war die Operationszeit. Die Uterusgröße war bei einer von uns selbst gesetzten Grenze von einer Sondenlänge bis 10 cm nur von untergeordneter Bedeutung. Beim Follow up, das in vierteljährlichen Abständen über einen Zeitraum von 15 Monaten durchgeführt wurde, zeigte sich eine durchschnittliche Amenorrhoeerate von 60%, die restlichen 40% hatten entweder nur mehr eine leichte Schmierblutung oder zumindest eine deutlich verringerte Blutung am Regeltermin. Alle Patientinnen waren mit dieser Operationsmethode zufrieden. Rückblickend auf die Hysterektomieraten der Jahre 1990 bis 1993 zeigt sich seit Einführung der operativen Hysteroskopie im Jahre 1992 eine Reduzierung der Gesamthysterektomierate, hauptsächlich aufgrund einer

Tabelle 1. Hysteroskopische Endometriumsbefunde im Vergleich zur Histologie

n = 150 – [

operative Hysteroskopie

Halbierung der Hysterektomierate bei rezidivierenden Blutungsstörungen (Abb. 1).

Schlußfolgerung

In unserem Patientinnenkollektiv zeigte sich so wie bei anderen Autoren eine wesentliche Befunderweiterung durch die Hysteroskopie, vor allem in der Diagnostik von Polypen und submukösen Myomen, deren Bedeutung als Blutungsursache bekannt ist. Hier stellt die operative Hysteroskopie eine Alternative einerseits zu wiederholten Curettagen als auch zur Hysterektomie dar. Daneben besitzt die Hysteroskopie einen großen Stellenwert in der Fertilitätsdiagnostik. Sie bietet die Möglichkeit der Septumdissektion als Alternative zur Metroplastik [4]. Mit der Hysteroskopie und ihren verschiedenen operativen Möglichkeiten steht die Reduzierung größerer Operationsverfahren zugunsten minimal-invasiver Methoden in Aussicht.

Abb. 1. Senkung der Gesamthysterektomierate I I aufgrund einer Halbierung der Hysterektomierate bei Blutungsstörungen WÊ nach Einführen der operativen Hysteroskopie.

Literatur

Lindemann HJ: Die Wertigkeit der gynäko-logischen Endoskopie gegenüber der Histologie und Zytologie. Fortschr Endoskopie 6; (1975): 63.

De Cherney A, Polan ML: Hysteroscopic management of intrauterine lesions and intractable uterine bleeding. Obstet Gynecol 61; (1983): 392.

Neuwirth RS: Hysteroscopic management of symptomatic submucous fibroids. Obstet Gynecol 62; (1983): 505.

Valle R, Sciarra JJ: Hysteroscopic treatment of the septate uterus. Obstet Gynecol 67; (1986): 253.