Kontrolle des hysterosko-pischen Endometriumbefundes

anhand des histologischen Endometriumbefundes

O.		Heiß
G.		Bogner
A.		Staudach

Landesfrauenklinik Salzburg (Vorst.: Prof. Dr. A. Staudach)

Dr. Oswald Heiß, Landesfrauenklinik Salzburg, Müllner Hauptstraße 48, A-5020 Salzburg

Jede neue Diagnose- oder Behandlungsmethode muß, bevor sie Einzug in den klinischen Betrieb halten kann, auf ihre Qualität (diagnostische Wertigkeit) an bisher üblichen Methoden gemessen werden. Wir haben deshalb die hysteroskopische Endometriums-beurteilung prospektiv mit dem histologischen Resultat der ge-trennten Abrasio korreliert. Beginnend mit Jänner 1993 wurden bis März 1994 Patientinnen, die wegen eines uterinen Blutungs-problemes oder eines suspekten vaginosonographischen Endome-triumbildes getrennt abradiert wurden, in gleicher Sitzung hy-steroskopiert. Die makroskopische Beurteilung des Endometrium-bildes erfolgte analog nach den von K. Neis und H. Hepp vorgege-benen Kriterien als unauffällig, suspekt und karzinomverdächtig oder Polyp [1].

Ergebnisse (Abb. 1, Tab. 1, 2)

Es wurden 410 Hysteroskopien mit nachfolgender Abrasio ver-wertet. In 8,5 % der Fälle (n = 35) konnte hysteroskopisch keine ausreichende Endometriumsbeurteilung erreicht werden. In 7 Fällen konnte durch die Curettage kein Endometrium gewonnen werden.

Tabelle 1.

samtzahl der steroskopien: n = 368 Untersucher: 13

Ge-Hy-

80% 86% 79% 87%

Sensitivität Spezifität:

positive Korrektheit: negative Korrektheit:

Tabelle 2. Verbesserung der Beurteilungsqualität bei einem Untersucher Hysteroskopien: n = 136

Die Hysteroskopien wurden zeitlich in 2 aufeinanderfolgende Hälften eeteilt.

erster HSK Zeitraum:

zweiter HSK Zeitraum:

87% 94%

75% 81%

Sensitivität Spezifität:

_HSK Beurteilung His[]T

				unauffällig
unauffällig	192	21	10	
Polyp	25	19	76	
glandulär cyst.	4	8	0	

suspekt
Polyp Karzinom
 $\frac{1}{8} \wedge \frac{1}{8} \frac{3}{8} (j.l.$

falsch negativ
192
adenomatöse Hyperpl.
Karzinom
29
richtig negativ
 $\frac{3}{8} \frac{3}{8} \frac{7}{8}$
mmmm
ÉÄΓ^
0 if
116
richtig positiv
31
falsch positiv

Abb. 1. 368 Hysteroskopien

Es verblieben 368 vollständig auswertbare Hysteroskopien übrig [5].

Wir haben die histologische Beurteilung in pathologische – alle nicht völlig unauffälligen Endometrien – und in unauffällige eingeteilt.

Von den 223 histologisch unauffälligen Abradaten wurden hysteroskopisch 192 ebenfalls als richtig unauffällig bezeichnet, dies entspricht einer Spezifität von 86%. Von 145 pathologischen Histologien konnten 116 hysteroskopisch richtig positiv eingestuft werden, entsprechend einer Sensitivität von 80%. Betrachtet man einen Untersucher, der 136 dieser Hysteroskopien durchgeführt hat, so kann man einen deutlichen „Lernerfolg“ beobachten. Bei einer zeitlichen Zweiteilung dieser Hysteroskopien stieg die Sensitivität von 75 % auf 87 % und die Spezifität von 81 % auf 94 % an [2, 3, 4].

Diskussion

Hauptursachen für das hysteroskopisch nicht beurteilbare Endometrium sind bestehende uterine Blutung oder im Cavum liegende Koageln.

Alle adenomatösen Hyperplasien und Endometriumkarzinome wurden hysteroskopisch als auffällig befundet [1].

Die Schwierigkeit schien einerseits bei der hysteroskopischen Beurteilung der glandulär-cystischen Hyperplasie, andererseits bei der Beurteilung der histologischen Polypen zu liegen. Der histologische Befund „Polyp“ konnte nicht in allen Fällen mit einem makroskopisch sichtbaren Polyp korreliert werden.

In diesem Zeitraum von 15 Monaten fällt vor allem bei 13 sich abwechselnden Untersuchern, die teilweise nur wenige Hysteroskopien durchgeführt haben, der Prozeß des Erlernens. Bei einem Untersucher, der die meisten Hysteroskopien durchführte, konnte ein deutlicher Lernerfolg gezeigt werden.

Zusammenfassung

Die verantwortbare Neueinführung einer Methode wie die hysteroskopische diagnostische Endometriumsbeurteilung stellt an ihre Qualität einen sehr hohen Anspruch. Die Ablöse des bestehenden Niveaus der Beurteilung primär durch Abrasio gewonnener Schleimhaut darf nur nach durch parallele Qualitätskontrolle gesicherten mindestens gleichwertiger Sicherheit erfolgen.

Literatur

Neis K, Hepp H: Hysteroskopie, Lehrbuch und Atlas, Thieme Verlag 1991. Altaras MM, Aviram R, Cohen I, Markov S, Goldberg GL, Beyth Y: Microhysteroscopy and endometrial biopsy results following failed diagnostic dilatation and curettage in women with postmenopausal bleeding. *Int J Gynaecol Obstet* 42 (1993); p. 255-260.

Cimpelson RJ, Rappold HO: A comparative study between panoramic hysteroscopy with directed biopsies and dilatation and curettage. *Am J Obstet Gynecol* (1988). 158: p 489-492.

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

Brooks PG, Serden SP: Hysteroscopic findings after unsuccessful dilatation and curettage for abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 158 (1988); 1354-1357.

78 Heiß/Bogner/Staudach Kontrolle des hysteroskopischen Endometriumbefundes anhand des histologischen Endometriumbefundes