Vaginale Hysterektomie kontra konservative Operationen am Uterus

H.		Gründling
E.		Golob

Gynäkol.-geburtsh. Abtlg. LKH Steyr (Vorst.: Prim. Univ.-Prof. Dr. E. Golob)

OA. Dr. H. Gründling, Gynäkol.-geburtsh. Abtlg. LKH Steyr, Sierninger Straße 170, A-4400 Steyr

Kommentar zum Videofilm

Abnorme uterine Blutungen im Sinne von Menorrhagien oder Metrorrhagen stellen ein häufig vorkommendes und nicht immer einfach zu behebendes Problem dar. Neue operative Methoden stehen heute in Konkurrenz zur vaginalen Hysterektomie. Es stellt sich daher die Frage, welche Therapieform nach dem heutigen Stand des Wissens am ehesten gerechtfertigt ist.

Die Ziele in der Behandlung von dysfunktionellen Blutungen sind neben einer unschädlichen Therapie die völlige Beseitigung der geklagten Beschwerden und eine damit verbundene Verbesserung der Lebensqualität.

1. Endoskopische konservative Uterusoperationen

Die endoskopischen Methoden führen zu einer deutlich verbesserten Diagnostik der Blutungsursachen. Im Film wurden ein-drucksvoll multiple submucöse und intramurale Myome bei einer 27jährigen Nullipara mit Kindeswunsch hysteroskopisch dargestellt. Gerade bei diesen jungen Patientinnen werden die konservativen Methoden dringend benötigt und in ihrer Effizienz herausgefordert.

Zwei Möglichkeiten stehen heute zur Verfügung:

lokale Ursachenbeseitigung durch laparoskopische oder hysteroskopische Myomenukulation oder Endometriumablation

Teilexstirpation des Uterus durch die von Semm angegebenen Methoden CISH und TUMA.

Als Argumente für ein konservatives Vorgehen werden minimale Invasivität, hohe Akzeptanz bei den Frauen, kein Gefühl der Verstümmelung sowie fehlende Veränderungen am Beckenboden, im Sexualleben und im Hormonhaushalt genannt [5, 9, 12, 13].

Andererseits müssen von den Frauen eventuell folgende Nachteile in Kauf genommen werden: eine Vorbehandlung mit GnRH-Analoga, eine Blutungsrezidivrate von bis zu 20%, neue Komplikationen, eine längere Abheilungsphase nach Ablation (bis zu einem Jahr), das noch ungeklärte Karzinomrisiko sowie eine zusätzlich durchzuführende Sterilisation.

An Komplikationen werden in der zunehmenden Anzahl von Literaturberichten [3, 6, 10, 14] angegeben: Ureter- und Darmläsionen mit anschließender Laparotomie, nekrotisierende Parametritis, Synechien, die ein Endometriumkarzinom maskieren können.

Überwässerungssyndrom und postoperative Blutungen. Weiters wurden Todesfälle nach Cutting-loop-Ablation berichtet.

Neuere Berichte bremsen folgedessen bereits die anfängliche Euphorie für endoskopische Operationen ein. Komplikationsraten von bis zu 9 % werden bei größeren Eingriffen angegeben.

2. Vaginale Hysterektomie

Als Vorteile einer vaginalen Hysterektomie können anhand unserer Ergebnisse [1, 2] die sichere Zielerreichung (keine Blutung), fehlende abdominale Narben, keine Ureter- oder Darmläsionen, eine ebenfalls rasche Genesung mit Frühentlassung am 3.-4. Tag, keine Fluorbelästigung infolge des primären Scheidenverschlusses, eine sichere „Sterilisation“, sowie eine Senkung des Karzinomrisikos (auch des Ovars!) angegeben werden. Außerdem konnten bisher negative Einflüsse auf das Sexualleben nicht gesichert nachgewiesen werden [4].

Als Komplikationen fanden sich in unserem Krankengut 0,25 % Blasenläsionen, 5% Infiltrate und 1,9% Nachblutungen. In den letzten 15 Jahren ist keine Patientin an einer vaginalen Hysterektomie verstorben.

Die Technik der vaginalen Hysterektomie an unserer Abteilung wird im Film demonstriert (Operationsdauer 16 Min.). Als wichtigste Punkte sollen das Absetzen der Parametrien mit Dechamps-Ligaturen (dadurch keine Ureterläsionen seit 1977), die Adnex-stumpfversorgung durch eine spezielle Sicherheitsnaht (dadurch kein Tubenprolaps seit mehr als 20 Jahren), der primäre Scheidenverschluß nach Einnähen der Sakrouterinligamentstümpfe und Einlegen eines Saugdrains für 24-48 Stunden (dadurch keine Fluor-belästigung), sowie eine perioperative Antibiotika- und Thrombose-prophylaxe genannt werden.

1993 wurde an 100 Frauen, bei denen ein Jahr zuvor eine vaginale Uterusexstirpation durchgeführt wurde, ein Fragebogen ausgesandt. Die Quote der Rückantworten betrug 75 %. Auf die Frage: „Sind sie froh, daß Sie sich dieser Operation unterzogen haben?“ antworteten 98,5 % mit JA, keine einzige mit NEIN. Auf die Frage: „Hat sich Ihre Lebensqualität durch diesen Eingriff verändert?“ gaben 86 % eine Besserung und 14 % keine Änderung an. Bei keiner Frau hat sich die Lebensqualität verschlechtert. Auf die Frage

„Würden Sie diese Operation bei ähnlichen Beschwerden weiterempfehlen“ antworteten überzeugend alle Frauen mit JA.

Zusammenfassung

Aufgrund der vorliegenden Analysen und Literaturvergleiche [1, 7, 8, 9, 11, 13] sind unseres Erachtens konservative Methoden bei noch vorhandenem Kindeswunsch, bei jungen Frauen mit lokalisierbaren Blutungsursachen, bei einem Gefühl der Verstümmelung sowie nach exakter Aufklärung über die möglichen Nachteile trotz einer minimal invasiven Technik indiziert. Ein ausreichendes Training und Erfahrung bei den operativen hysteroskopischen Methoden ist selbstverständlich obligat.

Die vaginale Hysterektomie ist in allen anderen Fällen angezeigt, auch hier nach entsprechender Aufklärung, insbesondere sollen Fehlvorstellungen bzw. -informationen über die Situation nach der Operation (Beckenboden, Sexualleben, Hormone etc.) ausgeräumt werden.

Zur eingangs definierten Zielerreichung bei abnormen uterinen Blutungen scheint nach wie vor die vaginale Hysterektomie in Anbetracht der Risiken den konservativen Methoden überlegen zu sein.

Literatur

Golob E, Gründling H: Bekommt die vaginale Hysterektomie Konkurrenz? Gynäkol. Geburtshilfliche Rundsch 1993; 33 (Suppl 1): 19-21.

Gründling H, Golob E, Schausberger L: 2121 vaginale Uterusexstirpationen 1979-1988.

Gynäkol. Rundsch 1989; 29 (Suppl 2): 47-52. Voss E, Tiernan Catherine: Full-thickness thermal necrosis invisible at endometrial ablation – a common occurrence? Gynaecological Endoscopy 1993; 2: 239-240. Eicher W: Zur Frage der sexuellen Funktion und sexueller Störungen nach

Hysterektomie. Geburtsh. u. Frauenheilk. 1993; 53: 519-524. Semm K: CISH (pelviskopische intrafasziale Hysterektomie – ohne Kolpotomie), FUMA (Totale uterine Mukosa-Ablation) und IVH (Intrafasziale vaginale Hysterektomie). Gynä-kologe 1993; 26: 378-384.

De Bruyne F, Somville Fh. Hücke J: Komplikationen bei der Hysteroskopie. Gynäko-loge 1993;26:385-388.

Raatz D: The vaginal hysterectomy. Gynaecological Endoscopy 1993; 2: 85-87. Querleu D, Cosson M, Parmentier D, Debodinance Ph: The impact of laparoscopic surgery on vaginal hysterectomy. Gynaecological Endoscopy 1993; 2: 89-91. Dequesne J, Lachat R, Sistek J, Csank I, Knizka M: Endometrectomy, laparoscopic assisted vaginal hysterectomy, vaginal or abdominal hysterectomy: reasoned indications. Gynaecological Endoscopy 1993; 2: 93-95.

Copperman AB, DeCherney AH, Olive DL: A case of endometrial cancer following endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding. Obstet. Gynecol. 1993; 82: 640-642.

Istre O, Skajaa K, Holm-Nielsen P, Forman A: The second-look appearance of the uterine cavity after resection of the endometrium. Gynaecological Endoscopy 1993; 2: 159-163.

Hücke J, De Bruyne F, Wangsatimur BR, Campo RL: Operative Hysteroskopie. Gynäko-loge 1993; 26: 338–345. ‘

Deckardt R, Saks M, Graeff H: Die hysteroskopische Therapie nicht-maligner uteriner Blutungen. Gynäkol. Geburtshilfliche Rundsch 1993; 33 (Suppl 1): 32-33.

Pace S: Transcervical resection of benign endo-cavitary lesions. Gynaecological Endoscopy 1993; 2: 165-169.

134

Gründling/Golob

Vaginale Hysterektomie kontra konservative Operationen am Uterus