Die Endometriumresektion mit der Schlinge

J.		Berger
W.		Aschauer
F.		Marberger

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

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

Viele Frauen äußern heute bei der Behandlung gynäkologischer Erkrankungen den Wunsch nach Organerhaltung. Oft folgt den wie-derholten Curettagen bei Blutungsstörungen die Hysterektomie zur endgültigen Sanierung dieses Problems. Mit der Einführung der operativen Flüssigkeitshysteroskopie ergab sich die Möglichkeit, bei primär auch unauffälligem Cavum uteri, das Endometrium zu ent-fernen, und dadurch das Organ zu erhalten. Dabei haben wir uns 2 Fragen gestellt:

Stellt die Endometriumresektion eine Alternative zur Hysterektomie bei rezidivierenden Blutungsstörungen dar?

Wie sicher ist die elektrische Schlinge?

Patientinnenkollektiv und Methode

Es wurde im Kalenderjahr 1993 bei 31 Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 47 Jahren die Endometriumsresektion mit dem Resektoskop und der elektrischen Schlinge durchgeführt. Die Operation wurde primär in der ersten Zyklushälfte ohne hor-monelle Vorbereitung geplant, die Indikationen verteilten sich auf rezidivierende Hypermenorrhoeen bzw. Menorrhagien. Als Dis-tensionsmedium wurde ein Sorbit-Mannit-Gemisch verwendet, die Distension des Cavum uteri erfolgte über eine Druckmaschnette. Das Endometrium im Bereich der Tubenwinkel und im Bereich des Fundus uteri wurde mit dem Rollerball koaguliert. In Richtung Os internum des Zervikalkanals wurde ein ca. 1 bis 2 cm breiter En-dometriumstreifen zur Vermeidung einer Hämatometra belassen [1].

Intraoperativ wurde alle 15 Minuten eine Flüssigkeitsbilanz er-stellt, ab einem Flüssigkeitsdefizit von 500 ml erfolgte eine Elek-trolyt und Osmolalitätsbestimmung im Serum, bei einem Defizit von 1500 ml der Abbruch der Operation [2].

Resultate

Die Operationsdauer betrug durchschnittlich 35 Min., wobei sich diese nach anfangs längeren Zeiten mit Zunahme der operativen Erfahrung auf ca. 20 Min. senkte. Die Dauer war auch noch we-sentlich abhängig von der Zyklusphase, wobei sich bei späterem Zyklustag eine Verlängerung der Operationszeit bedingt durch die Endometriumsdicke zeigte. Die Cavumgröße (ausgeschlossen war eine Uterussondenlänge über 10 cm) spielte in bezug auf die Operationsdauer nur eine untergeordnete Rolle. Das durchschnittliche Flüssigkeitsdefizit lag bei 410 ml. In diesem Patientenkollektiv kam es zweimal zum Auftreten einer leichten Hyponatriämie (125 mmol, 128 mmol) ohne klinische Symptomatik, an echten Komplikationen zeigte sich weder eine Perforation noch war wegen stärkerer Blut-ungen eine postoperative Revision notwendig. Ein Flüssigkeitsdefizit von 1500 ml wurde nie überschritten, d. h. es mußte

keine Operation abgebrochen werden. Im dreimonatlichen Follow up bezüglich der Blutungsanamnese (Abb. 1) zeigte sich nach dem 1. Vierteljahr bei 31 Patientinnen eine Amenorrhoeate von 65%, 25 % hatten eine leichte Schmierblutung am Regeltermin, 10 % eine für sie akzeptable deutlich verminderte Blutung. Nach 6 Monaten zeigte sich ein ähnliches Bild, nach 9. 12 bzw. 15 Monaten zeigt sich bei einer Follow up-Zahl von 11,7 und 5 Patientinnen eine Amenorrhoeate zwischen 43 und 60 % , der Rest hatte nur mehr eine leichte Schmierblutung zum Regeltermin. Diese Daten spiegeln in etwa auch Ergebnisse bei anderen Autoren wider [3], wobei zur Diskussion steht, ob als wichtigstes Kriterium die Amenorrhoeate oder die Zufriedenheit der Patientin im Vordergrund stehen soll. In unserem Patientenkollektiv hatten wir bisher keine Patientin, die mit dieser Operationsmethode unzufrieden war. Mit dem Einsatz dieser Operationsmethode auch bei intracavitären Veränderungen (Polypen und Myome), konnte die Gesamthysterektomie rate deutlich reduziert werden, bei Blutungsstörungen um 50 %.

Patientinnen %

3 6 9 12 > 12 Mo'ate « n=31 n=20 n=11 n=7 n=5 P°stoPe^v

Abb. 1. 3monatliches Follow-up im Blutungsverhalten nach Endometrium-Resektion.

↑m Amenorrhoe leichte Schmierblutung i i akzeptable Blutung

Schlußfolgerung störungen darstellt [4]. Ein Erlernen der Methode am Präparat, ein Wir glauben, daß die Endometriumresektion mit der Schlinge, sorgfältiges intraoperatives Management, sowie die Durchführung auch ohne hormonelle Vorbereitung, eine sichere und organer- der Operation zwischen dem 2. und 7. Zyklustag führen zu einem haltende Therapiemöglichkeit in der Behandlung von Blutungs- sicheren und befriedigendem Ergebnis.

Literatur

1 Hallez JP, Netter A, Cartier R: Methodical in- 2 Vulgaropulos SP, Haley LC, Hulka JF: Intra-4 Rankin L. Steinberg LH: Transcervical resec-trauterine resection. Am J Obstet Gynecol uterine pressure and fluid absorption during tion of the endometrium A reviw of 400 con- (1987); 156: 1080-1084. continuous flow-hysteroscopy. Am J Obstet secutive patients Br J Obstet Gynecol (1992);

Gynecol (1992); 167: 386-390~ 99: 911-914.

3 Gannon MJ, Holt EM. Fairbank J, Fitzgerald M, Milne MA, Crystal AM, Greenhalf JO: A randomiced trial comparing endome-trial resection and abdominal hysterectomy for the treatment of menorrhagie B M J (1991); 303: 1362-1364.

172

Berger/Aschauer/Marberger

Die Endometriumresektion mit der Schlinge