Die Kontrastsonohysterographie

im Vorfeld der diagnostischen und operativen Hysteroskopie

H.		Bösch
H.		Concin
P.		Schwärzler

Abt. f. Gynäkologie u. Geburtshilfe LKH Bregenz (Vorst.: Prim. Dr. H. Concin)

Dr. H. Bösch, Abt. für Gynäkologie u. Geburtshilfe LKH Bregenz, Carl-Pedenz-Straße 2, A-6900 Bregenz

Es gilt nach wie vor der Grundsatz, daß irreguläre Blutungen bei der über 40jährigen Frau obligat durch fraktionierte Abrasio ab-zuklären sind. Durch den Einsatz der diagnostischen Hysteroskopie sind die Differenzierungsmöglichkeiten der Blutungsursachen wesentlich gestiegen. Trotzdem wäre es wünschenswert, bereits prä-operativ mehr Informationen über die Verhältnisse im Cavum uteri zu gewinnen. Ein Mehr an Information würde die Möglichkeiten der Operationsplanung verbessern. So könnte unter Umständen die Patientin bei Vorhandensein eines intracavitären Myoms primär auf eine operative Hysteroskopie vorbereitet werden, ohne zur Diagnosesicherung erst eine diagnostische Hysteroskopie durchführen zu müssen. Ebenso könnte bei sonographisch nachgewiesener niedriger Schleimhaut und Tumorfreiheit auf die klassische Curettage verzichtet und mit einer ambulanten Hysteroskopie mit Strichcurettage das Auslangen gefunden werden.

Die Kontrastsonohysterographie (KSHG) als einfach durchzuführende Untersuchung könnte bei dieser Aufgabenstellung gute Dienste leisten. Anhaltspunkte über den Stellenwert der präoperativ durchgeführten KSHG zu gewinnen war das Ziel unserer Untersuchung.

Methode

Die Kontrastsonohysterographie wurde in unserer Ambulanz bei Frauen wegen Blutungsstörungen zugewiesenen Patientinnen durchgeführt. Verwendet wurde ein Nabelvenenkatheter, der nach Durchführung einer vaginalen Nativsonographie und Desinfektion der Vagina durch den Zervikalkanal in das Cavum uteri plaziert wurde. Bei liegendem Katheter wurde anschließend die Ultraschallsonde wieder eingeführt und unter Beobachtung des Cavums 20 ml isotonische Kochsalzlösung instilliert. Daraufhin erfolgte die Beurteilung der entfalteten Gebärmutterhöhle bezüglich Tumorgehalt, Höhe und Oberfläche des Endometriums. Zur Applikation des Nabelvenenkatheters erfolgten keinerlei dilatative oder lokalanästhetische Maßnahmen.

Ergebnisse

Es wurden 73 Frauen untersucht.

Bei 21 Frauen wurde nach der Nativsonographie eine uterine Tumorbildung vermutet. Diese intrauterinen Tumoren wurden 9mal als submucöse Myome, 3mal als intracavitäre Schleimhautpolypen und 3mal als Residuen post partum oder post abortum klassifiziert. Bei den übrigen 6 Frauen wurden intramurale bzw. subseröse Myome ohne sichtbare Beziehung zum Cavum uteri festgestellt.

Bei der anschließend erfolgten KSHG bestätigte sich die bei der Nativsonographie festgestellte Klassifikation sowie Lokalisation in allen

15 Fällen. Zusätzlich wurden aber 6 als intracavitäre Schleimhautpolypen klassifizierte Tumoren entdeckt, sowie in einem Fall Residua post abortem, die bei der Durchführung der Nativsonographie unerkannt geblieben sind. Bei 6 Frauen konnte kein Katheter eingeführt und somit keine Beurteilung vorgenommen werden, in einem Fall war trotz eingeführtem Katheter keine Beurteilung des Cavums möglich.

Bei allen Patientinnen mit sonographisch vermuteten Tumoren wurde eine weitere Abklärung mit Hysteroskopie und fraktionierter Abrasio bzw. operativer Hysteroskopie vorgenommen. Das hysteroskopische Bild wie auch die histologische Diagnose des Resektats stand stets im Einklang mit der sonographisch gestellten Diagnose.

Diskussion

Es hat sich in unserer Untersuchung gezeigt, daß die Kontrastsonohysterographie als einfach durchzuführende Untersuchung in der Beurteilung des Cavums ausgezeichnete Dienste leistet und hohe Aussagekraft besitzt [1]. Wenn auch Lokalisation und Klassifikation von uterinen Tumoren mit der vaginalen Nativsonographie allein gut gelingen, so liefert die KSHG deutlich mehr präoperative Information. Der große Vorteil der KSHG liegt jedoch darin, daß der intracavitäre Anteil von submucösen Myomen nur mit dieser Methode präoperativ mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden kann, was bei zu planenden operativ hysteroskopischen Maßnahmen von immenser Wichtigkeit ist.

Ebenso ist es nach unserer Ansicht vertretbar, daß in Fällen bei kontrastsonohysterographischer Unauffälligkeit des Cavums und niedriger Schleimhaut auf den klassischen Abklärungsgang mit stationärer Curettage und Narkose verzichtet werden kann und mit einer ambulant durchgeführten Hysteroskopie und Strichcurettage das Auslangen gefunden werden kann, ohne an „Diagnosequalität“ zu verlieren. Eine für die Frauen nicht zu unterschätzende Vereinfachung der Abklärung und Reduktion der Belastung. Wir empfehlen daher, bei Auftreten von irregulären Blutungen eine KSHG in den Untersuchungsgang einzuschalten, insbesondere auch deshalb, weil diese Untersuchung in jeder Facharztordination ohne Aufwand durchführbar ist [2].

Zusammenfassung

Jede irreguläre Blutung bei der über 40jährigen Frau ist abzuklären. Im Vorfeld der Hysteroskopie und Curettage ist die Kontrasthysterosonographie als einfache, in jeder Facharztordination durchführbare Untersuchung hervorragend geeignet intracavitäre Tumorbildungen auszuschließen oder zu verifizieren. Dies hat besondere Bedeutung in der Vorbereitungsphase zur operativen Hysteroskopie.

Literatur

Fräi HS, Vicker S: Transvaginal sonographic detection of endometrial polyps with fluid contrast augmentation. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 1041-1043.

Balen FG, Allen CM, Siddle NC, Lees WR: Ultrasound contrast hysterosalpingography - evaluation as an outpatient procedure. *Br J Radiol* 1993; 66 (787): 592-599.