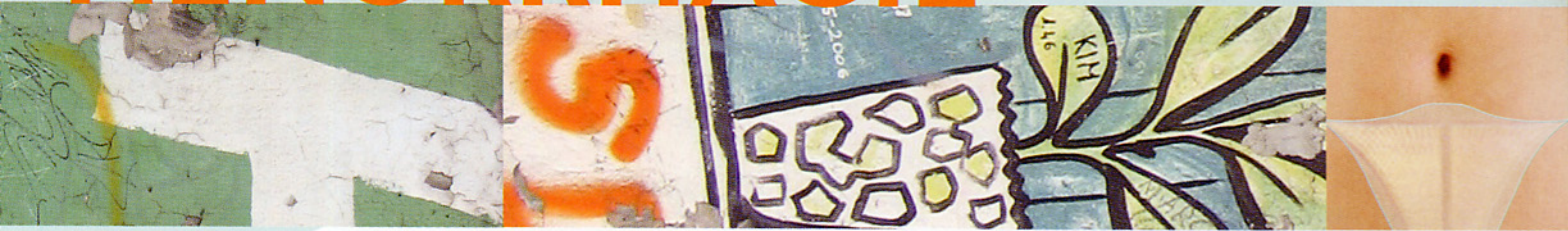


MENORRHAGIE



Lunchsymposium DGGG, Berlin, 22.09.06

„Totaloperation“ ist nicht Methode der Wahl, sondern Ultima ratio!

Es gibt Alternativen zur Hysterektomie

In Deutschland werden jährlich rund 150 000 Hysterektomien durchgeführt, ein Großteil davon aufgrund rezidivierender, therapieresistenter Blutungsstörungen. Vor dem Hintergrund neuer Techniken der minimal-invasiven Chirurgie (MIC) stellt die Hysterektomie bei benignen Blutungsstörungen jedoch eine risikoreiche Übertherapie dar. Vor allem angesichts eines bestehenden Kinderwunsches in einer späteren Lebensphase und der Präferenz der Patientinnen für einen Organerhalt sollten neue, modernste Therapieoptionen bedeutend häufiger zum Einsatz kommen. Bei einem normalen Uterus, ohne pathologischen Befund, ist die Endometrium-Ablation mit NovaSure (Cytoc) die patientenfreundlichste und sicherste Methode, die derzeit zur Verfügung steht. Bei einem Uterus myomatosus oder bei Blutungsrezidiven steht mit der LASH eine minimal-invasive Methode zur Organerhaltung zur Verfügung, ohne dass es zur Ultima ratio kommen muss.

Chancen und Risiken neuer Methoden zur Therapie uteriner Blutungsstörungen und die Frage, ob die klassische Hysterektomie bei dieser Indikation noch zeitgemäß ist, wurden auf dem Symposium „Ist die Hysterektomie immer

noch Methode der Wahl zur Behandlung bei Blutungsstörungen?“ unter dem Vorsitz von Prof. Klaus Diedrich und Prof. Wolfgang Küpker im Rahmen des diesjährigen Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Berlin diskutiert.

oder Laparotomie. Erst wenn diese beiden Methoden nicht möglich sind, sollte auf die Hysterektomie – vaginal, abdominal, laparoskopisch bzw. laparoskopisch assistiert – zurückgegriffen werden.

Die laparoskopisch assistierte suprazervikale Hysterektomie (LASH)

Nachdem sich die 1991 von Prof. K. Semm entwickelte CISH-Technik (cervical intrafascial Semm hysterectomy) nicht durchsetzen konnte, erlebte die laparoskopische suprazervikale Hysterektomie (LASH) seit einiger Zeit eine Renaissance. Als Gründe hierfür führte Bojahr Fortschritte auf dem Gebiet der Krebsvorsorge (Zytologie, Kolposkopie etc.), das veränderte Bewusstsein der Patientinnen hinsichtlich des Organerhalts, der präoperativen Aufklärung und der Mitbestimmung bei der Entscheidung zur Operation sowie die Nutzung der Fortschritte der minimal-invasiven Chirurgie an.

Seit 1998 wurden an der MIC-Klinik in Berlin 3134 LASH-Eingriffe durchgeführt; im Jahr 2005 waren es allein 713. Die Daten von insgesamt 1706 LASH-Eingriffen (1998 bis Oktober 2003) wurden bis jetzt ausgewertet. Das Durchschnittsalter der Patientinnen betrug 46 Jahre. Die OP-Dauer lag bei 91 min (1998: 159 min, 2003: 80 min), das Uterusgewicht schwankte zwischen 20 und 1930 g, es lag im Durchschnitt bei 226 g. In 0,3% der Fälle traten intraoperative Komplikationen (Blutung aus der

LASH-TECHNIK – OP-SCHRITTE

- Absetzen des Ligg. teretia uteri und der Adnexe beidseits vom Uterus
- Absetzen von Uterusgefäßen
- Markierung und Eröffnung der Plica vesicouterina im Bereich der Zervix
- Blutstillung und bipolare Koagulation des Zervixkanals
- Absetzen des Corpus uteri mit dem monopolaren Haken
- Peritonealisierung des Zervixstumpfes
- Morzellation der Corpus uteri
- Endsitus

Die Abbildung 1 rechts zeigt Uteri (multiple Myome), die mittel LASH operiert wurden.

Hysterektomie – erste Wahl oder Ultima ratio?

Als Leitlinie für die Auswahl der geeigneten Operationsmethode gilt: so viel wie nötig – so wenig wie möglich. Wann immer realisierbar, sollte eine minimal-invasive und organerhaltende Maßnahme bevorzugt werden, betonte PD Dr. Bernd Bojahr, MIC-Klinik Berlin. Zur Verfügung stehen die organerhaltende hysteroskopische Operation und die organerhaltende laparoskopische Operation

Laparoskopische Hysterektomie – LASH

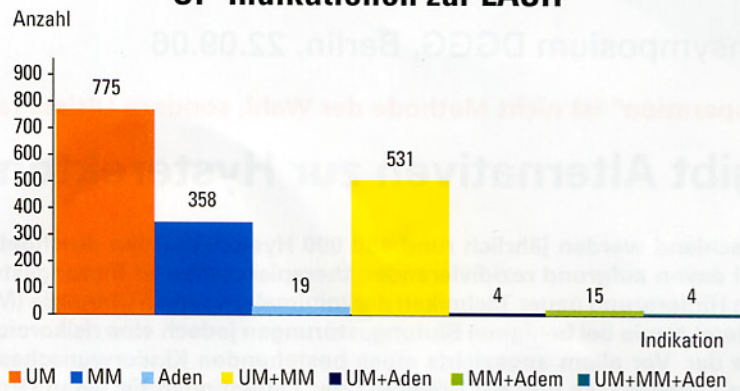


MENORRHAGIE

A. uteri, Blasenläsion, Ureterläsion) auf. Die Verweildauer im Krankenhaus war mit durchschnittlich 2,2 Tagen sehr kurz. Die Konversionsrate zur Laparotomie betrug 0,82%. Die Verteilung der einzelnen Indikationen zeigt Abb. 2. 60,8% der Patientinnen hatten mindestens eine Voroperation. Bei 894 Frauen wurde eine reine LASH durchgeführt, bei den restlichen Patientinnen war ein Zusatzeingriff – meist eine einseitige Adnex-OP – notwendig.

Bei 1036 Patientinnen führte man eine postoperative Fragebogenaktion durch, 984 wurden erreicht. 760 Frauen (77%) füllten den Fragebogen aus. Hier

OP-Indikationen zur LASH



(UM: Uterus myomatosus, MM: Meno-/Metrorrhagien, Aden: Verdacht auf Adenomyomatosis uteri)

Abb. 2: Indikationen zur LASH [nach Bojahr]

SELEKTIONSKRITERIEN UND INDIKATIONEN FÜR LASH

Selektionskriterien

- unauffälliger zytologischer Abstrich der Zervix uteri, kein Anhalt für zervikale Dysplasie
- kein Anhalt für maligne oder prämaligne Endometriumveränderungen
- kein Anhalt für retrozervikale Endometriose
- Wunsch der Patientin auf Belassung der Cervix uteri nach entsprechender präoperativer Beratung
- Bereitschaft der Patientin, mögliche geringgradige postoperative Periodenblutungen zu akzeptieren
- Bereitschaft der Patientin, postoperativ weiter regelmäßig die Krebsvorsorgeuntersuchung wahrzunehmen
- Bei Inkontinenz- bzw. Deszensusproblemen müssen selbstverständlich spezifische Maßnahmen erfolgen

Indikationen

- Uterus myomatosus mit Beschwerden bzw. Wachstumstendenz
- Verdacht auf Adenomyosis uteri
- therapieresistente Meno-/Metrorrhagien
- Blutungsrezidive nach Endometrium-Ablation oder -Resektion

die Ergebnisse: Während des stationären Aufenthalts und auch nach der Entlassung klagten nur wenige Patientinnen über starke Schmerzen, d. h. der Eingriff wurde gut toleriert. Erwartungsgemäß war die Inzidenz starker menstrueller Blutungen sechs Monate postoperativ signifikant zurückgegangen. Eine signifikante Abnahme wurde auch für den Parameter „Dyspareunie“ verzeichnet. 77,9% der Patientinnen empfanden die Verweildauer in der Klinik als angemessen, 17,9% als zu kurz und 0,2% als zu lang. Die postoperative Komplikationsrate lag bei 9,2%, ein im Vergleich zur vaginalen oder abdominalen Hysterektomie sehr geringer Wert, betonte Bojahr. Lediglich 1,7% waren

mit dem Ergebnis unzufrieden, 75,7% bzw. 40,5% waren dagegen zufrieden bzw. hätten sich schon vorher operieren lassen sollen. Fast alle Patientinnen (91,8%) können die Operation empfehlen.

Fazit: Nach der Einschätzung Bojahrs handelt es sich bei der LASH um eine geeignete minimal-invasive OP-Methode zur Behandlung bei Uterus myomatosus und Blutungsstörungen. Der Eingriff ist mit einer niedrigen postoperativen Morbidität, einer kurzen Verweildauer in der Klinik und einer hohen Akzeptanz durch die Patientin verbunden. Bojahr: „Die Total-Hysterektomie muss hier als Ultima ratio gesehen werden!“ – Aber auch zur LASH gibt es Alternativen ...

PRO LASH

- durchführbar bei Nulliparae sowie bei Patientinnen mit Sectio/nes bzw. anderen Laparotomien in der Anamnese
- Senkung der Anzahl abdominaler Hysterektomien
- im Vergleich zur LAVH (laparoskopisch assistierten vaginalen Hysterektomie) einfach durchzuführen, ohne vaginale Traumatisierung, geringeres Verletzungsrisiko
- keine Scheidenverkürzung oder Narben im Scheidenstumpf nach OP
- Verhinderung einer Disposition zur Scheidensenkung, Erhalt der Nervenfasern und Ganglien des Frankenhäuser-Plexus aufgrund Erhalt der Zervix
- fehlende Beeinträchtigung der Sexualität
- durchführbar bei sehr großen Uteri
- hohe Patientenzufriedenheit aufgrund schneller Mobilisierung und Rekonvaleszenz
- geringgradige zyklische Blutungen
- hohe Akzeptanz der regelmäßigen Krebsvorsorge