

Der Wert der Hysteroskopie bei der Diagnostik und Therapie uteriner Erkrankungen

Collm Klinik Oschatz,
Gynäkologisch-
geburtshilfliche Abteilung

Zusammenfassung

Bei einer Abrasio werden in 30 - 40 % der Fälle intrauterine Befunde wie Polypen oder submuköse Myomknoten nicht erfasst, da die Kürette blind im Cavum uteri bewegt wird. Deshalb ist generell vor jeder Abrasio eine diagnostische Hysteroskopie zu fordern. Bei übersichtlichem Befund mit atrophem Endometrium in der Postmenopause kann auf eine anschließende Abrasio verzichtet werden.

Vorteile der Hysteroskopie sind die direkte Betrachtung des Cavum uteri mit der Möglichkeit, gezielter Biopsien suspekter

Areale und optisch kontrollierter vollständiger Resektionen intrauteriner Befunde. Dadurch können wiederholte Abrasionen und gegebenenfalls die Uterus-Exstirpation vermieden werden. Bei korrekter Handhabung ist das Perforationsrisiko geringer als bei einer Abrasio. Seit 1994 wurden an der gynäkologischen Abteilung der Collm Klinik Oschatz 1.641 Hysteroskopien durchgeführt. Dabei konnte jedes Jahr der Anteil der operativen Eingriffe gesteigert werden und diese nehmen gegenwärtig 20,5 % der Gesamthysteroskopien ein.

Geschichtliches

Die Geschichte der Endoskopie begann im Jahr 1807, als der Frankfurter Arzt BOZZINI erstmals einen Lichtleiter vorstellte, wodurch die Betrachtung von Körperhöhlen möglich war. 62 Jahre später (1869) führte PANTALEONI wegen therapieresistenten Blutungsstörungen bei einer 60jährigen Frau die erste Hysteroskopie (HSK) durch. Dabei fand er Endometriumpolypen, die er verätzte. Während die endoskopischen Untersuchungen anderer Organe, wie der Blase oder des Darmes schnell akzeptiert und etabliert waren, konnte sich die Hysteroskopie zunächst nicht durchsetzen. Die Schwierigkeit dieser Methode im Vergleich zu anderen Endoskopien bestand in der mangelnden Entfaltung des schmalen Cavum uteri und der Sichtbehinderung durch artefizielle und präexistente Blutungen.

Durch die Einführung eines Dilatationsmediums – anfänglich mit CO₂-Gas (RUBIN, 1925), später mit hochkolloidalen Lösungen (MENKEN et al., 1969) – gelang eine deutliche Sichtverbesserung. Einen entscheidenden Aufschwung brachte die von LINDEMANN 1971 weiterentwickelte und verbesserte Technik der CO₂-Gasinsufflation, wodurch eine sogenannte Panoramasicht des Cavum uteri zur genauen diagnostischen Abklärung intrauteriner Veränderungen möglich war. Gegenwärtig stellt die Flüssigkeitshysteroskopie die Methode

der Wahl – vor allem bei operativen Eingriffen – dar. Zur diagnostischen HSK werden isotonische Kochsalzlösung und zur operativen HSK nichtleitende, apolare, verdünnte Purisolelösung empfohlen. Die operative Hysteroskopie ist eine der jüngsten operativen Methoden in der Medizin überhaupt. Vor zirka zehn Jahren wurde das Resektoskop aus der Urologie in die Gynäkologie überführt. Seitdem wird die Methode der operativen Hysteroskopie ständig mit einem sehr hohen technischen Aufwand vervollkommen. Durch die Entwicklung immer dünnlumiger Optiken fällt die schmerzhaft Dilatation der Cervix uteri und damit die Notwendigkeit einer Narkose zunehmend weg. Diese Tatsache ermöglicht einen breiten Einsatz der Hysteroskopie in der Ambulanz. Heute gilt die Hysteroskopie als Standardverfahren in der Diagnostik und Therapie intrauteriner Erkrankungen und sollte vor jeder Kürettage durchgeführt werden.

Tabelle 1:

Statistische Entwicklung der Hysteroskopien an der Collm Klinik Oschatz

Jahr	HSK-Gesamtanzahl	Anzahl diagnostischer HSK	Anzahl operativer HSK
1994	89	89	-
1995	198	194	4
1996	361	348	13
1997	389	358	31
1998	410	326	84
5/1999	194	141	53

Vorgehensweise an der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung der Collm Klinik Oschatz

Die erste Hysteroskopie am Kreiskrankenhaus Oschatz wurde am 23. April 1994 durchgeführt. Seitdem stellen wir jeder Abrasio eine diagnostische Hysteroskopie voran. Insgesamt erfolgten bis zum 31. Mai 1999 1.641 Eingriffe. Seit 1996 wurde die Methode zur operativen Hysteroskopie ausgebaut und deren Anteil an der Gesamteingriffzahl steigt ständig an. Zum routinemäßigen Programm gehören Myom- und Polypresektionen, Endometriumablationen, Septumdissektionen und gezielte Endometriumbiopsien.

Die Patientin wird wie zur üblichen gynäkologischen Untersuchung in Vollnarkose gelagert. Nach bimanueller Untersuchung, Desinfektion von Vulva, Vagina und Portio und Einsetzen des

selbsthaltenden Spekulum wird die vordere Muttermundlippe mit einer Kugelklemme angehackt. Durch Zug an der Kugelklemme wird der Uterus in Streckstellung gebracht und das Hysteroskop unter Sicht in den sich unter der einströmenden Flüssigkeit entfaltenden Cervikalkanal bis in das Cavum uteri vorgeschoben. Bei straffem Cervikalkanal ist gegebenenfalls ein Prostaglandinpriming erforderlich, um die nachfolgende Dilatation zu erleichtern. Es erfolgt zunächst eine Übersichts-Hysteroskopie mit Darstellung eines sogenannten Panoramablickes. Anschließend werden der Fundus uteri, die Ostien und die Cavumwände beurteilt. Durch Zurückziehen des Instrumentes erfolgt die Darstellung und Beurteilung des Cervikalkanals. Das Ergebnis dieser diagnostischen Hysteroskopie ist ausschlaggebend für weitere therapeutische Maßnahmen.

Instrumentarium und Distensionsmedium

Bei diagnostischen Eingriffen:

1. Untersuchungshysteroskop, bestehend aus einer 30° Winkeloptik (nach HAMOU II), die nach Standard einen Durchmesser von 4 mm hat (an der Optik befindet sich der Ansatz für das Lichtleitkabel) und einem Schaft von 5 - 6 mm ϕ , an dem die Ansätze für Zu- und Abflüsse des Distensionsmediums vorhanden sind.
2. Lichtquelle (250 Watt) mit flexiblem Kaltlichtkabel
3. Distensionsmedium mit Hysteromat
Möglichkeit der CO₂-Gas - Insufflation, besser und gegenwärtig allgemein üblich Flüssigkeits-HSK mit isotonomischer NaCl - Lösung.
4. Videodokumentation, bestehend aus der Videokamera mit Steuergerät, Bildschirm, Printer und Videorekorder
5. Zusatzinstrumente wie selbsthaltende Spektula, Kugelzangen, Sonden

Bei therapeutischen Eingriffen:

1. Hysteroserektoskop, bestehend aus einer 12° Winkeloptik (4 mm ϕ), ver-

schiedenen Elektroden (Schlinge, Rollerball, Resektionshacken) und einem Außen- und Innenschaft (Außendurchmesser 8 mm) mit Zu- und Ablauf für das Distensionsmedium

2. Lichtquelle (250 Watt) mit flexiblem Kaltlichtkabel
3. Distensionsmedium mit Hysteromat, elektrolytfreie, apolare Lösung, Purisole verdünnt
4. Videodokumentation, bestehend aus der Videokamera - Hysterocam (freihängend) mit Steuergerät, Bildschirm, Printer und Videorekorder
5. Hochfrequenzgerät

6. Zusatzinstrumente.

Der optimale Untersuchungszeitpunkt – für diagnostische und therapeutische Eingriffe – liegt in der ersten Zyklushälfte, da die zu diesem Zeitpunkt vorhandene schmale Schleimhaut den Eingriff erleichtert. Vor geplanten Resektionen größerer Myomknoten beziehungsweise vor Endometriumablationes ist eine hormonelle Vorbehandlung empfehlenswert.

Die Abbildungen 1 bis 10 auf den Seiten 101 und 102 zeigen typische hysteroskopische Bilder.

Indikationen zur diagnostischen HSK

Blutungsstörungen aller Art in der Prämenopause - Sicherung von Polypen und submukösen Myomknoten als Hauptursache von Blutungsstörungen (bei einer Abrasio werden in 30 - 40 % der Fälle Endometriumpolypen nicht erfasst!)

Therapieresistente Hypermenorrhoe ohne anatomisches Korrelat

Postmenopauseblutung, sonographisch suspekter Endometriumbefund
Optische Sicherung

Möglichkeit des hysteroskopischen Staging des Endometriumkarzinoms

Sterilität und Infertilität
Erfassung von intrauterinen Sterilitäts- und Abortursachen (Adhäsionen, Septen, Uterusmissbildungen)
Möglichkeit der Beurteilung der Tubenostien

Kontrolle nach intrauterinen Eingriffen

Kontrolle nach medikamentöser Prophylaxe und Therapie von Endometriumveränderungen

Lost - IUP (verlorene Spirale)

Indikationen zur operativen HSK

Resektoskopische Entfernung der Polypen/Myomknoten
- sichere und vollständige Entfernung möglich
- Vermeidung wiederholter Abrasionen
- Möglichkeit der Organerhaltung

Endometriumablation beziehungsweise -resektion
Abschwächung der Blutungsstärke beziehungsweise Amenorrhoe, Möglichkeit der Organerhaltung

Gezielte Biopsie suspekter Areale
Histologische Sicherung

Gezielte Resektion von Adhäsionen, Septen

Möglichkeit einer weiteren operativen Intervention

Entfernung der Spirale unter Sicht

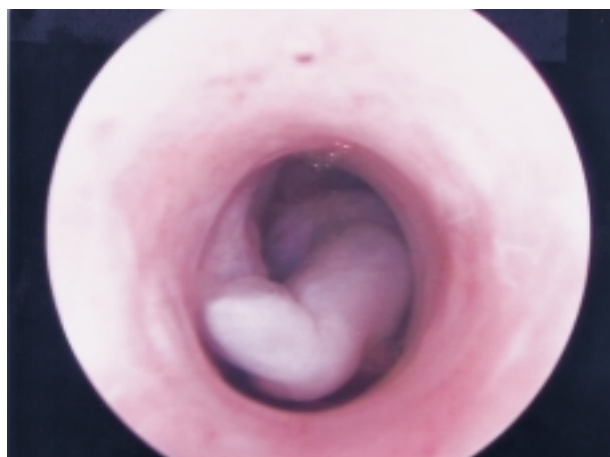


Abb. 1: Blick in den Cervicalkanal mit intracavitär gelegenen Polypen

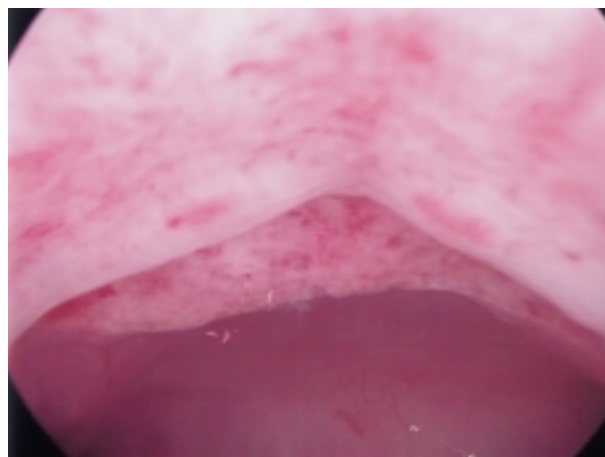


Abb. 4: Suspektes Areal an der Uterusvorderwand

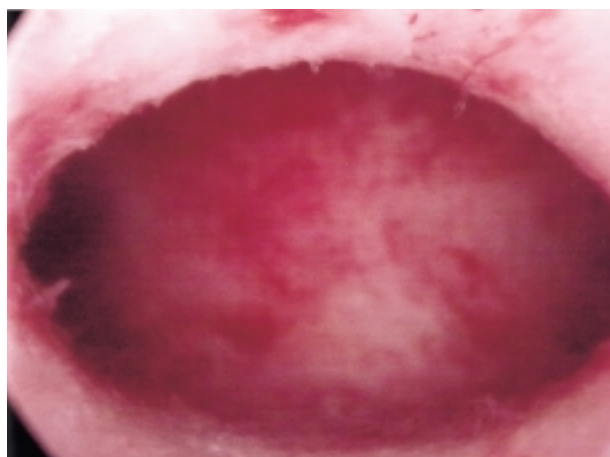


Abb. 2: Übersichtsblick in das Cavum uteri - „Panoramablick“

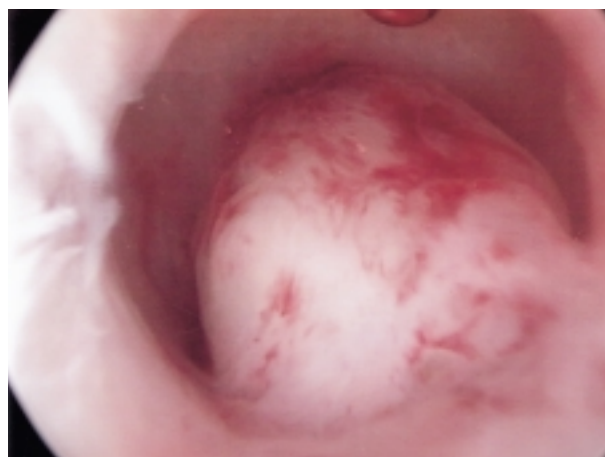


Abb. 5: Breitbasig aufsitzender, von der Uterushinterwand ausgehender intracavitärer Myomknoten

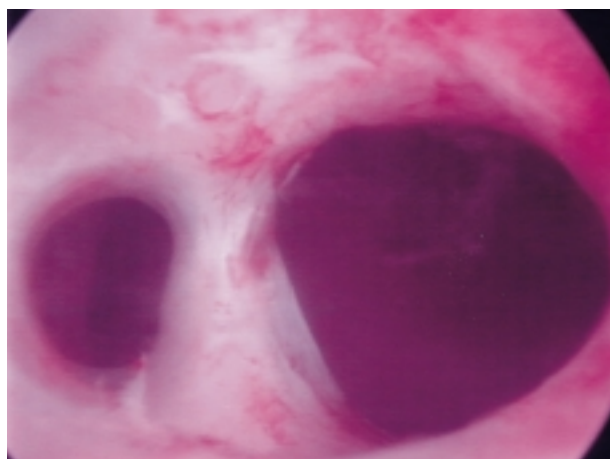


Abb. 3:
Intracavitäre Synechien zwischen Uterusvorder- und hinterwand

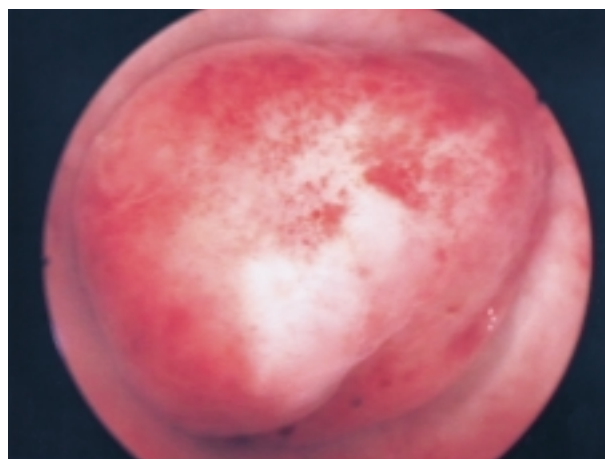


Abb. 6:
Großer intracavitärer Myomknoten

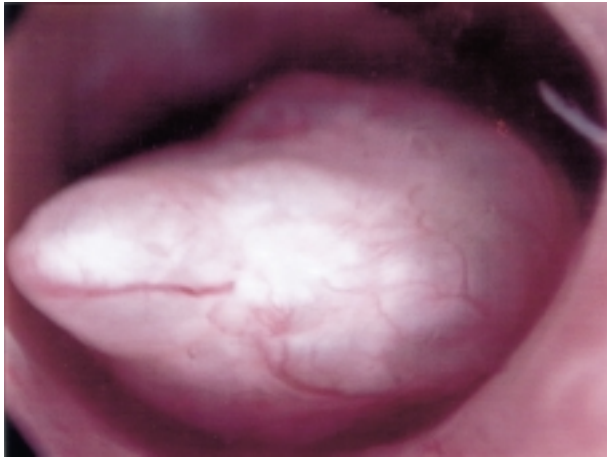


Abb. 7: Corpuspolyp

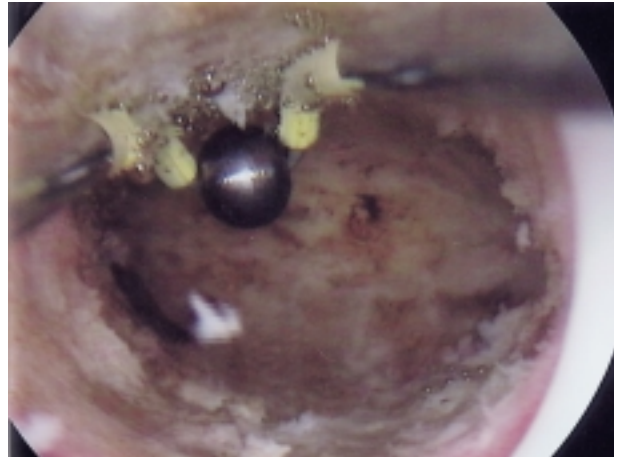


Abb. 9: Zustand nach Endometriumablation mit dem „Roller-Ball“

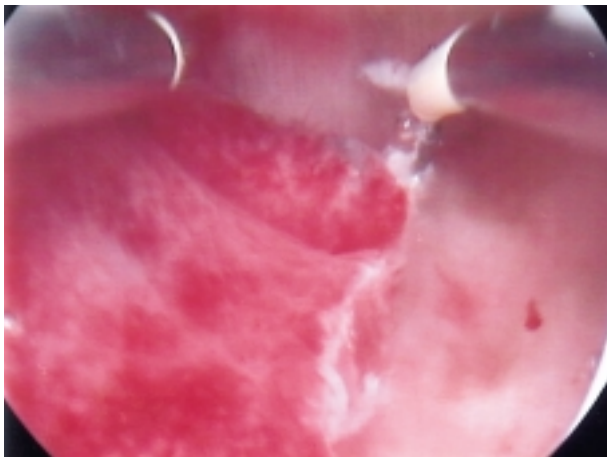


Abb. 8: Endometriumresektion mit der Resektionsschlinge

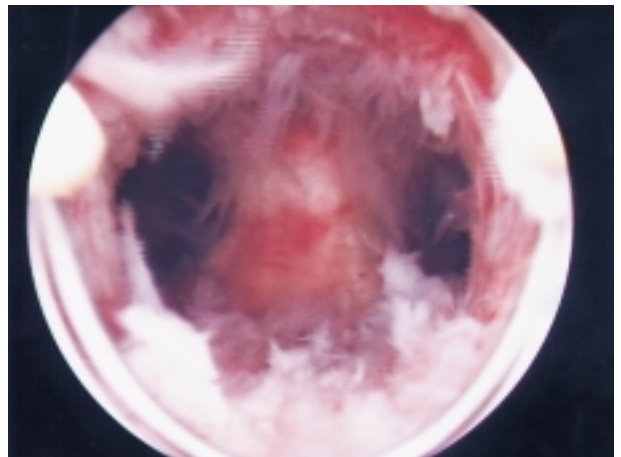


Abb.10: Uterus subseptus –
das Septum reicht bis in die Nähe des inneren Muttermundes

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Petra Meyer
Collm Klinik Oschatz
Parkstraße 1
04758 Oschatz

Artikel eingegangen: 4. 6. 1999
Artikel angenommen: 9. 7. 1999