

# Minimal-invasive Gebärmutterentfernung

Patienteninformation



## Laparoskopische Therapien bei gutartigen Uteruserkrankungen

Gewebeschonende Operationen gewinnen in der Gynäkologie zunehmend an Bedeutung. Die „minimal-invasive Methode“ (Laparoskopie) ist mit geringeren postoperativen Schmerzen, kürzerer Rekonvaleszenz<sup>1</sup> und einem besseren kosmetischen Ergebnis verbunden. Außerdem sind ein kürzerer Krankenhausaufenthalt sowie schnelle Mobilität und Genesung von großem Vorteil für die Patientinnen.

Die Ergebnisse einer prospektiven randomisierten Studie (untersucht wurden acht Laparotomien<sup>2</sup> (LAP) versus zehn Laparoskopien<sup>3</sup> (LSK)) legen nahe, dass das direkte operative Trauma bei den untersuchten Eingriffen bei Laparoskopie und Laparotomie im Mittel vergleichbar ist. Die laparoskopierten Patientinnen leiden perioperativ unter einem geringeren psychischen Stress als die laparotomierten Patientinnen, sind aber intraoperativ bis 24 Stunden postoperativ kurzfristig stärker belastet, was sich an der signifikant erhöhten Ausschüttung von Katecholaminen<sup>4</sup>, Harnstoff und Kreatinin zeigte.

Die LSK-Gruppe erreichte bereits ab dem zweiten postoperativen Tag wieder eine vollständige Homöostase<sup>5</sup>. Die laparotomierten Patientinnen zeigten dagegen eine protrahierte<sup>6</sup> Erholung und postoperativ mehr Schmerzen, obwohl es während der Operation nicht zu solch hohen Belastungsspitzen kam, wie auch die vermehrte Katecholaminausschüttung bei der Laparoskopie belegt.

(Volz J., Köhler A. M., Quantitative und qualitative Erfassung und Vergleich der psychischen und physischen Beeinträchtigungen bei operativer Laparoskopie versus Laparotomie, Diss., Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Fakultät für Klinische Medizin Mannheim, 2001)

In der Frauenklinik des Klinikums St. Georg in Leipzig sind der Einsatz und die Weiterentwicklung dieser schonenden OP-Techniken wichtige Säulen bei der Behandlung von gutartigen Uteruserkrankungen. Durch die Verbesserung der Verfahren und des Instrumentariums werden die laparoskopischen Möglichkeiten ständig verbessert und die abdominale Hysterektomie<sup>7</sup> in Zukunft immer weniger gebräuchlich.

So setzen wir zur operativen Entfernung der Gebärmutter und zur Behandlung von Myomen zunehmend folgende Methoden ein:

- | nach wie vor die vaginale Hysterektomie sowie
- | die laparoskopisch suprazervikale Hysterektomie (LASH)
- | die totale laparoskopische Hysterektomie (TLH) und
- | die laparoskopische & hysteroskopische Myomenukleation<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Erholungsphase • <sup>2</sup>Bauchschnitt • <sup>3</sup>Bauchspiegelung • <sup>4</sup>Stresshormone • <sup>5</sup>Gleichstand • <sup>6</sup>verzögerte Erholung  
<sup>7</sup>Gebärmutterentfernung mittels Bauchschnitt • <sup>8</sup>Gebärmutter Spiegelung

### Vorteile:

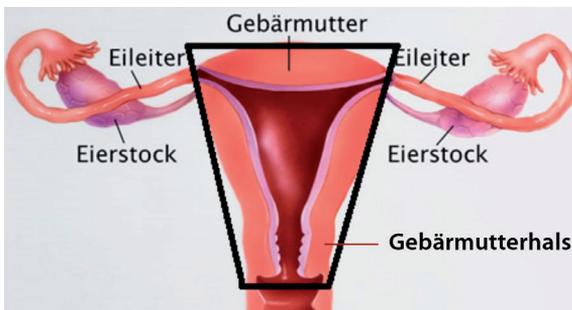
- | Gewebeschonung
- | optimale Übersicht
- | geringe Traumatisierung
- | minimaler Blutverlust
- | rasche Mobilisierung
- | schnelle Rekonvaleszenz

## Die Laparoskopische Suprazervikale Hysterektomie (LASH)

Diese Form der Gebärmutterentfernung ist die schonendste und risikoärmste Methode.

Im Gegensatz zur totalen Hysterektomie, die die komplette Entfernung der Gebärmutter umfasst, wird bei der suprazervikalen Hysterektomie der Gebärmutterhals belassen. Diese Operationstechnik ist prinzipiell schneller, schonender und komplikationsärmer als die totale Hysterektomie.

Die Entfernung des Gebärmutterhalses bei der totalen Hysterektomie kann nachteilige Effekte für Scheide, Blase, Darm und Sexualfunktion zur Folge haben. Neue Erkenntnisse deuten ferner darauf hin, dass ein Teil der Eierstocktumoren (Ovarialkarzinome) ihren Ursprung in den Eileitern hat. Wir empfehlen daher eine vorsorgliche „Mitentfernung“ der Eileiter, um bestimmte Krebsfälle zu vermeiden. Die Eierstöcke zur Bildung der weiblichen Sexualhormone (Östrogene) bleiben bei diesem Eingriff erhalten, denn Östrogene spielen eine ganz wesentliche Rolle für die Gesundheit der Frau und ihre körperliche Attraktivität.



Aufgrund des Restrisikos einer späteren Erkrankung des Gebärmutterhalses wurde das Verfahren der suprazervikalen Hysterektomie in Deutschland vor ca. 40 Jahren, noch in der Bauchschnitt-Ära, zugunsten der vollständigen Hysterektomie verlassen.

Durch die Etablierung effizienter Vorsorgeuntersuchungen mit regelmäßigen gynäkologischen Ab-

strichkontrollen können allerdings Veränderungen am Gebärmutterhals heutzutage bereits frühzeitig erkannt bzw. ausgeschlossen werden.

Für Frauen nach LASH liegt das Risiko, an einem invasiven Zervixstumpfkarcinom zu erkranken, in Ländern mit Früherkennungsprogrammen für das Zervixkarzinom zwischen 0,1 und 0,2%. Es ist damit vergleichbar mit dem in der Literatur berichteten Risiko von 0,17%, ein Karzinom des Scheidenstumpfes nach abdominaler Hysterektomie zu entwickeln. Frühe Läsionen lassen sich ohne Probleme durch gezielte Biopsien<sup>9</sup> bzw. Konisation<sup>9</sup> entfernen.

(Auszug aus den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie (AGE), AWMF-Leitlinien-Register Nr.015/064, 03/2008)

Da etwa 80% aller Hysterektomien aufgrund gutartiger Erkrankungen der Gebärmutter oder therapieresistenter Blutungsstörungen durchgeführt werden, die ihren Ursprung nur im oberen Anteil des Uterus haben, ist eine Entfernung des gesunden Gebärmutterhalses nicht erforderlich. Die Beckenbodenmuskulatur, die mit dem Gebärmutterhals verbunden ist, bleibt deshalb bei dieser von uns häufig empfohlenen Teilentfernung der Gebärmutter vollkommen unbeeinträchtigt.

Ein objektiver Vorteil der LASH im Vergleich zu einer kompletten Hysterektomie ist das geringere Ausmaß der lokalen sekundären Wundheilung. Die Wiederaufnahme sexueller Aktivität ist früher möglich.

Die Patientin ist nach einer LASH in der Regel im kurzfristigen postoperativen Zeitraum weniger stark beeinträchtigt als nach einer kompletten Hysterektomie. Theoretisch dürfte die Rate von Harnleiter- und Blasenkomplikationen bei einer LASH geringer sein als bei einer klassischen Gebärmutterentfernung mit zusätzlicher Entfernung des Gebärmutterhalses.

Voraussetzung für die Durchführung einer suprazervikalen Hysterektomie ist der Ausschluss einer Dysplasie des äußeren Muttermunds (Cervix uteri) durch regelmäßige fachärztliche Vorsorgeuntersuchungen. Diese Vorsorgeuntersuchungen, einschließlich der Abstrichkontrollen, müssen auch nach dieser Operation in unveränderter Weise fortgesetzt werden. Da Eierstöcke (Ovarien) und Brustdrüsen (Mamma) auch nach einer totalen Hysterektomie regelmäßig gynäkologisch untersucht werden sollten, entsteht der Patientin durch die Erhaltung des Gebärmutterhalses kein erhöhter Aufwand.

In seltenen Fällen kann es bei Patientinnen nach einer suprazervikalen Hysterektomie zu einer leichten, zyklischen Schmierblutung kommen. Diese wird durch kleine zurückgebliebene Schleimhautinseln (Endometrium) ausgelöst. Da der Gebärmutterhalskanal während der Operation verödet wird, ist diese Blutung schwach und wird zumeist nicht als belastend empfunden. Sollte nach einer suprazervikalen Hysterektomie (Gebärmutterteilentfernung) aus irgendeinem Grund die nachträgliche Entfernung des Gebärmutterhalses erforderlich werden, so ist dieses per Bauchspiegelung oder durch die Scheide möglich.

<sup>9</sup>Gewebeentnahme

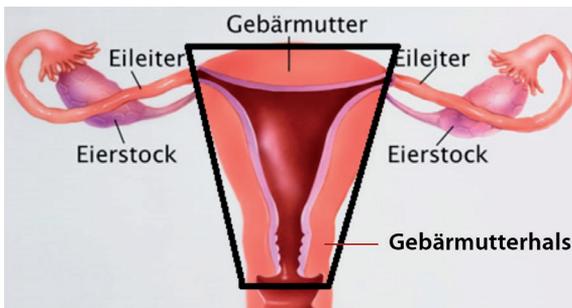
Die LASH erweitert und bereichert das mögliche Spektrum der Behandlung gutartiger uteriner Veränderungen und hat daher heute durchaus ihre Berechtigung. Sie erscheint vielen Frauen vorteilhafter und attraktiver als eine komplette Hysterektomie.

Der Klinikaufenthalt beträgt meistens drei Tage, abhängig von der Operationsdauer und dem allgemeinen gesundheitlichen Zustand der Patientin. Nach der Operation empfehlen wir eine Erholungsphase von durchschnittlich 2 Wochen. Eine Senkung des Beckenbodens durch eine zu frühzeitige körperliche Belastung ist bei dieser Operationsmethode nicht zu befürchten. Die genaue Dauer der Arbeitsunfähigkeit kann individuell variieren und wird im Rahmen der Kontrolluntersuchungen von Ihrer Gynäkologin bzw. Ihrem Gynäkologen bestimmt.

## Die Totale Laparoskopische Hysterektomie (TLH)

Im Rahmen dieser Operation werden sowohl der obere Anteil der Gebärmutter, der so genannte Gebärmutterkörper (Corpus uteri), als auch der Gebärmutterhals (Cervix uteri) entfernt. Die Gebärmutter (Uterus) wird in diesem Zusammenhang von der Scheide getrennt. Auch diese Operation wird komplett per Bauchspiegelung durchgeführt. Die totale laparoskopische Hysterektomie (TLH) birgt im Vergleich zur laparoskopischen suprazervikalen Hysterektomie (LASH) keine wesentlichen zusätzlichen Operationsrisiken.

Die Heilung des Beckenbodens und der Scheide erfordert jedoch eine längere und konsequente Schonung. Regelmäßige gynäkologische Kontrolluntersuchungen sind auch nach dieser Operationsmethode wichtig. Wenn durch die gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen oder im Falle vorangegangener Operationen am Gebärmutterhals (Konisation) eine Veränderung des Gebärmutterhalses diagnostiziert wurde (z. B. Portiodysplasie), sollte im Rahmen der Hysterektomie auch der Gebärmutterhals entfernt werden.



Eine komplette operative Entfernung des Uterus kommt auch dann in Frage, wenn dieses dem speziellen Wunsch der Patientin entspricht - beispielsweise aus Angst vor späteren Erkrankungen der Cervix. Da die Entfernung des Gebärmutterhalses eventuell nachteilige Effekte auf Scheide, Blase, Darm und die Sexualfunktion haben kann, sollte die Entscheidung individuell erfolgen.

Wir empfehlen ebenfalls, wie bei der LASH, eine vorsorgliche „Mitentfernung“ der Eileiter. Die Eierstöcke zur Bildung der weiblichen Sexualhormone (Östrogene) bleiben bei diesem Eingriff ebenso erhalten.

**Der Klinikaufenthalt beträgt zwischen drei und vier Tagen**, abhängig von der Operationsdauer und Ihrem allgemeinen gesundheitlichen Zustand.

Da bei dieser Operation auch der Gebärmutterhals entfernt wird, sollte die Beckenbodenmuskulatur bis zur kompletten Abheilung geschont werden.

Wir empfehlen Ihnen eine Erholungsphase von durchschnittlich 6 Wochen. Die genaue Dauer kann individuell variieren und wird im Rahmen der Kontrolluntersuchungen von Ihrer Gynäkologin bzw. Ihrem Gynäkologen bestimmt. Das Heben schwerer Gewichte sollte zur Vermeidung einer Senkung des Beckenbodens generell vermieden werden.

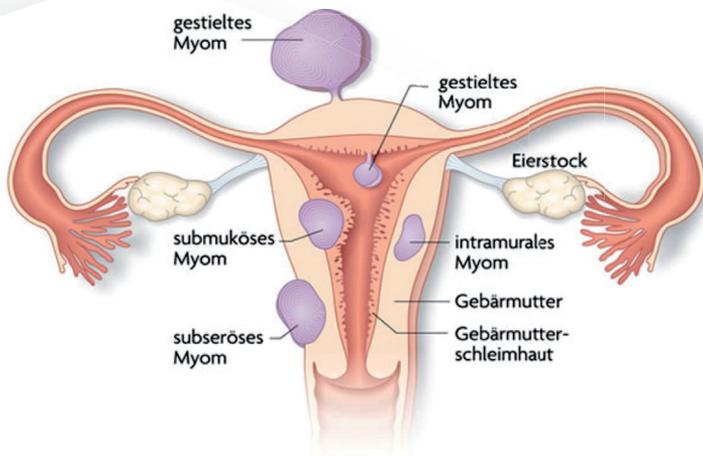
## **Laparoskopische Myomenukleation**

Bei „Myomen“ handelt es sich um gutartige „Muskelknoten“, die am häufigsten in oder an der Gebärmutter vorkommen. Anzahl, Größe und die genaue Lage können dabei stark variieren.

Typische durch Myome verursachte Beschwerden sind starke, häufig auch schmerzhafte Menstruationsblutungen. Mit zunehmender Anzahl und Größe der Myome kann sich die Gebärmutter insgesamt deutlich ausdehnen, so dass ein „Druck“ oder Schmerz im Unterbauch entsteht. Abhängig von Lage, Größe und Anzahl der Myome können diese unter Umständen die Entstehung einer Schwangerschaft verhindern oder ein Grund für eine Fehlgeburt sein.

Myome, die deutlich an Größe zunehmen oder die Symptome verursachen, sollten operiert werden. Verschiedene nicht operative Behandlungsmethoden zeigen häufig nicht den gewünschten Erfolg oder sind bei manchen Patientinnen nicht anwendbar.

In diesen Fällen ist eine Operation notwendig.



Myome, die sich in der Gebärmutterwand (intramural) oder auf der Außenseite (subserös) des Uterus befinden, können in aller Regel per Bauchspiegelung entfernt werden, dabei wird ein sogenanntes Laparoskop durch den Bauchnabel geführt. Verbunden mit einem Kamerasystem ermöglicht es dem Operateur im Bauch „sehen“ zu können. Mit zwei bis drei zusätzlichen Instrumenten können die Myome mittels minimal-invasiver Operationstechnik aus der Gebärmutter „herausgeschält“ und entfernt werden.

Die Gebärmutter wird dann wieder vernäht. Vor einer eventuell geplanten Schwangerschaft wird empfohlen, einen Zeitraum von sechs Monaten abzuwarten. Die Technik der Laparoskopie ermöglicht es, die mit einem Bauchschnitt verbundenen Schmerzen zu vermeiden.

Der Klinikaufenthalt beträgt zwischen zwei und drei Tagen, in Abhängigkeit von der Anzahl, Größe und Lage der Myome. Die voraussichtliche Dauer Ihres Aufenthalts wird mit Ihnen im Rahmen des Operationsgesprächs persönlich besprochen.

## Lageplan/Kontakt

Klinikum St. Georg gmbH • Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

**Haus 20** (Klinik)

**Haus 24** (Sprechstunde)

Telefon: 0341 909-3515 (Patientenempfang)



Dr. med. Francis Nauck



- Klinikum St. Georg gmbH  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig  
Geschäftsführerin: Dr. Iris Minde  
Delitzscher Straße 141 | 04129 Leipzig