

Gesund werden
Gesund bleiben

Endoskopische Behandlungsmöglichkeiten

der Frauenklinik
des St. Vincenz Krankenhauses Limburg



KRANKENHAUSGESELLSCHAFT
ST. VINCENZ mbH

Sehr geehrte Patientin,

Endoskopische Eingriffe haben in den beiden letzten Jahrzehnten sogenannte „offen chirurgische Operationen“ als Standardverfahren für viele Behandlungssituationen abgelöst.

Die **Frauenklinik des St. Vincenz-Krankenhauses** bietet Ihnen ein umfangreiches Spektrum endoskopischer, „minimalinvasiver“ Eingriffe an.

Nachfolgend werden die wesentlichen Eingriffe, ihre Indikationen, aber auch Alternativen besprochen. Im wesentlichen lassen sich unsere endoskopischen Behandlungsmöglichkeiten in vier Bereiche unterteilen:

- 1. Die Bauchspiegelung**
- 2. Die Gebärmutterspiegelung**
- 3. Die Gebärmutterentfernung**
- 4. Die Entfernung von Lymphknoten**

Dr. Peter Scheler
stellvertretend für alle MitarbeiterInnen unseres Teams



Seite 02	Vorwort
04	1. Bauchspiegelung ... für Eingriffe an Eierstöcken und Eileiter Wissenswertes zur Sterilisation ... für Eingriffe an der Gebärmutter ... weitere Operationen per Bauchspiegelung Wissenswertes zur Endometriose
10	2. Gebärmutterspiegelung Wissenswertes zur Gebärmutterspiegelung Endometriumablation Myomentfernung Polypentfernung Septumdurchtrennung Lösen von Verwachsungen in der Gebärmutterhöhle
16	3. Die Gebärmutterentfernung Wissenswertes zur Hysterektomie Welche verschiedene Arten der Gebärmutterentfernung gibt es und was wird im St. Vincenz für Sie angeboten?
19	4. Die Lymphknotenentfernung

1. Bauchspiegelung

... für Eingriffe an Eierstöcken und Eileiter

- ▶ Behandlung einer Eileiterschwangerschaft
- ▶ Diagnostik bei Kinderwunsch (Prüfen der Durchgängigkeit der Eileiter)
- ▶ Operation bei Kinderwunsch (Beseitigen von Narben und Verwachsungen)
- ▶ Entfernen aller Arten von Eierstockzysten unter Erhalt des Eierstockes
- ▶ Entfernen von Eileiter und Eierstock
- ▶ Sterilisation

Wissenswertes zur Sterilisation

Einführung:

Unter Sterilisation versteht man einen operativen Eingriff mit dem Ziel, eine Befruchtung auszuschließen. Dieser Eingriff kann sowohl beim Mann, als auch bei der Frau erfolgen. Ziel ist es, den Kontakt zwischen Eizellen und Spermien sicher zu verhindern. In Abhängigkeit von der eingesetzten Technik ist der Eingriff nicht rückgängig zu machen!

Gründe für eine Sterilisation:

- ▶ Die Familienplanung ist endgültig abgeschlossen.
- ▶ Andere Verfahren der Verhütung (Pille, Spirale) werden nicht vertragen oder sind nicht erwünscht.
- ▶ Gegen andere Verfahren sprechen medizinische Gründe.
- ▶ Andere Verfahren werden aus moralischen oder religiösen Gründen abgelehnt.
- ▶ Eine Schwangerschaft soll aus medizinischen Gründen sicher verhindert werden.

Ablauf:

Die Sterilisation der Frau ist ein ambulanter Eingriff, der in aller Regel auf Selbstzahlerbasis angeboten wird. In den allermeisten Fällen wird die Sterilisation mittels Bauchspiegelung in Vollnarkose durchgeführt. Die Eileiterunterbrechung / oder auch Entfernung kann aber auch im Rahmen einer anderen (geplanten) Bauchoperation wie einem Kaiserschnitt erfolgen.

Technik/Methoden:

- ▶ Verschweißen der Eileiter mittels Strom (bipolare Koagulation) oder Hitze (Thermokoagulation) mit oder ohne Durchtrennen der Eileiter
- ▶ Verschluss durch einen Clip
- ▶ Entfernen der Eileiter

Sicherheit der Methoden:

Die Sicherheit einer Verhütungsmethode wird mit dem Pearl-Index angegeben. Beim Pearl-Index handelt es sich um einen Wert, der meist aus großen Untersuchungen errechnet wird. Wenn 100 Frauen ein Jahr lang verhüten und eine von ihnen ungewollt schwanger wird, entspricht das dem Pearl-Index von 1,0. Der Pearl-Index bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr ohne Anwendung jeglicher Verhütungsmethoden liegt bei 80.

Der Pearl-Index der Sterilisation liegt zwischen 0,2 und 5,4. Die Sicherheit ist sowohl von der gewählten Methode, als auch dem Alter der Patientin abhängig.

Bestimmte Pillen, besonders aber die Hormonspirale bieten im Vergleich zur Sterilisation in Abhängigkeit von der gewählten Technik eine höhere Sicherheit, nicht schwanger zu werden!

... für Eingriffe an der Gebärmutter

- ▶ Behandlung von Myomen
- ▶ Entfernen der Gebärmutter in Kombination mit einer vaginalen Gebärmutterentfernung (LAVH)
- ▶ Entfernen der kompletten Gebärmutter (TLH)
- ▶ Entfernen der Gebärmutter mit Belassen des Gebärmutterhalses (LASH)

... weitere Operationen per Bauchspiegelung

- ▶ Entfernen von Verwachsungen
- ▶ Entfernen versprengter Gebärmutter Schleimhaut (Endometriosebehandlung)

Wissenswertes zur Endometriose**Definition:**

Als Endometriose wird das Auftreten von Gewebe, welches der Gebärmutter Schleimhaut ähnlich ist und außerhalb der Gebärmutter auftritt, bezeichnet. Endometrioseherde im Bereich der Gebärmuttermuskulatur werden als Endometriosis genitalis interna, Herde in oder auf den Organen des kleinen Beckens als Endometriosis genitalis externa bezeichnet. Außerhalb der weiblichen Genitalorgane auftretende Endometriose wird Endometriosis extra genitalis klassifiziert. Da die Endometrioseherde sowohl hinsichtlich ihres mikroskopischen Aufbaus, als auch ihrer Funktion dem uterinen Endometrium nur ähnlich sind, gibt es erhebliche Unterschiede hinsichtlich Wachstumstyp, Aktivität und Beeinflussbarkeit durch ovarielle Hormone.

Die Endometriose tritt während der reproduktiven Phase auf. Man schätzt das ca. zehn bis zwölf Prozent der weiblichen Bevölkerung eine Endometriose haben; allerdings ist die Hälfte der Betroffenen beschwerdefrei. Bei jeder zweiten bis dritten Frau mit unerfülltem Kinderwunsch läßt sich eine Endometriose makroskopisch und mikroskopisch nachweisen.

Ursachen:

Die genaue Ursache der Endometriose ist nach wie vor unbekannt, es existieren zahlreiche Theorien über Ätiologie und Histogenese.

Wahrscheinlich ist ein multifaktorielles Geschehen aus genetischen, immunologischen, endokrinen, mechanischen und möglicherweise auch iatrogenen Faktoren für Entstehen und Wachstum einer Endometriose verantwortlich.

Beschwerden:

Charakteristisch sind monatlich zyklusabhängig auftretende Unterbauchschmerzen, Dysmenorrhöen und Dyspareunie, die allerdings nur in einem Drittel der Fälle vorliegen. Oft sind die Symptome uncharakteristisch, wie etwa regelunabhängige Schmerzen im Unterbauch, Kreuzschmerzen, Blutungsstörungen, Schmierblutungen sowie Beschwerden beim Stuhlgang oder bei der Harnentleerung. Solche Symptome sollten Anlass zu weiterführenden Untersuchungen sein. Das variationsreiche Beschwerdebild ist auf die verschiedenen Möglichkeiten der Lokalisation von Endometrioseherden zurückzuführen. Das Ausmaß der Beschwerden korreliert dabei nicht unbedingt mit der Intensität der Erkrankung, das heißt: geringe Befunde können oftmals heftige Beschwerden verursachen, während ausgedehnte Befunde auch ohne Symptome sein können.

Diagnostik:

Sorgfältige Anamnese, gynäkologischer Tastbefund und bildgebende Verfahren wie Sonographie und Kernspintomographie können den Verdacht auf eine Endometriose lenken, die differentialdiagnostische Abklärung und Sicherung der Diagnose erfordert eine Bauchspiegelung mit Biopsie.

Operative Therapie:

(als Ergänzung der medikamentösen Therapie, die hier nicht besprochen wird)

Die pelviskopische Operation nimmt einen zentralen Platz in der operativen Therapie der Endometriose ein. Die Verbesserung des Instrumentariums und die zunehmende Erfahrung der Operateure erlaubt derzeit eine operative Behandlung per Endoskop auf hohem Niveau, Laparotomien sind nur in Sonderfällen indiziert. Die Vorteile der Bauchspiegelung sind gute optische Beurteilung des gesamten Bauchraumes durch die Entfaltung der Bauchorgane und durch den Vergrößerungseffekt der endoskopischen Optiken. Problematisch ist die Beurteilung der Infiltrationstiefe und die fehlende Möglichkeit des Tastens.

Je nach Ausmaß der Endometriose und Wachstumstyp muß die geeignete OP-Technik gewählt werden. Oberflächliche Herde werden meist entfernt oder durch zugeführte Energie (Strom, Laser, Ultraschall) zerstört. Tieferliegende Endometrioseherde müssen im Ganzen entfernt werden.

ST
WINKEL
BENEFIT

2. Gebärmutter Spiegelung

- ▶ Diagnostik bei Kinderwunsch
- ▶ Entfernen von Myomen oder Polypen
- ▶ Veröden der Gebärmutter Schleimhaut (Endometriumablation)
- ▶ Beseitigung von Fehlbildungen (Septumdurchtrennung)
- ▶ Lösen von Verwachsungen (Synechiolyse)
- ▶ Entfernen der Spirale
- ▶ Diagnostik bei Blutungsstörungen

Wissenswertes zur Gebärmutter Spiegelung

Die Gebärmutter Spiegelung oder auch Hysteroskopie (aus dem Griechischen: *hystera* = Gebärmutter, *skopein*=sehen) ist eine endoskopische Untersuchungsmethode zur Betrachtung der Gebärmutterhöhle.

Die Ärztin / der Arzt geht mit einem Instrument (Hysteroskop) über den Zugang der Scheide durch den Muttermund in die Gebärmutterhöhle ein und dehnt hierbei die Gebärmutterhöhle mit einer Flüssigkeit auf, um die Innenwände der Gebärmutterhöhle betrachten zu können. Dieses diagnostische Verfahren ist schon seit Ende des 19. Jahrhunderts in seinen Grundzügen bekannt, wurde allerdings erst in den sechziger und siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts in Deutschland derart perfektioniert, dass es weltweit routinemäßige Anwendung finden konnte.

In den Jahren 1980-1990 wurde dann die operative Form der Hysteroskopie entwickelt. Hierbei wird ein Instrument benutzt, welches nicht nur die Betrachtung der Gebärmutterhöhle ermöglicht, sondern zusätzlich Möglichkeiten der endoskopischen Behandlung eröffnet.

Die einfache Variante ist das Hysteroskop für kleine, mechanisch ausgeführte Eingriffe, bei denen über einen Zusatzkanal neben der Optik eine Schere, eine Biopsiezange oder eine Faßzange in die Gebärmutterhöhle eingeführt werden kann. Der Arzt /die Ärztin kann hiermit kleine Polypen abschneiden und aus der Gebärmutterhöhle herausziehen, Verklebungen in der Gebärmutterhöhle lösen, gezielt Proben aus der Gebärmutter Schleimhaut entnehmen oder eine Verhütungsspirale, deren Faden nach innen in die Gebärmutterhöhle verlagert ist, unter Sicht herausziehen. Die operativen Möglichkeiten sind mit diesem Instrument allerdings sehr begrenzt.

Weitergehende Formen der endoskopischen Behandlung machen das sogenannte Resektoskop möglich. Das Resektoskop ist ein Instrument, welches von den Urologen übernommen wurde, die hiermit die endoskopische Behandlung von Prostatawucherungen durchführen. Es besitzt einen Handgriff, in den verschiedene Arbeitselemente, wie eine Schneideschlinge, eine spitz zulaufende Nadel oder eine elektrische Kugel eingesetzt werden können. Der Arzt /die Ärztin kann nun über den natürlichen Zugang des Muttermundes unter Sicht innerhalb der Gebärmutterhöhle verschiedene Veränderungen in der Gebärmutterhöhle therapieren. Meist wird das Resektoskop für die folgenden Behandlungsformen eingesetzt.

Endometriumablation:

Besonders in der Zeit der Wechseljahre leiden manche Frauen unter sehr starken Monatsblutungen, ohne dass organische Veränderungen in der Gebärmutter wie z.B. Myome gefunden werden können. Häufig wurde und wird in dieser Situation eine Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie) durchgeführt. Als alternative Behandlungsform bei Erhalt der Gebärmutter wurde die Endometriumablation entwickelt.

Hierbei wird die Gebärmutter Schleimhaut (Endometrium) mit einer elektrischen Kugelelektrode derart erhitzt, dass sowohl die oberflächlichen als auch die tiefen Schichten der Gebärmutter Schleimhaut zerstört werden. Es kommt dann nicht mehr zum monatlichen Nachwachsen der Gebärmutter Schleimhaut. Eine andere Möglichkeit ist die Entfernung der Gebärmutter Schleimhaut mit einer Schlingenelektrode. Die Gebärmutter wird hierbei innerlich ausgehöhlt.

Die Erfahrung zeigt allerdings, dass nicht 100 Prozent der Gebärmutter Schleimhaut zerstört bzw. entfernt werden können. Dies zeigt sich dann auch darin, dass die Mehrzahl der Frauen nach dem Eingriff weiter ihre Periodenblutung haben. Diese Periodenblutung ist allerdings in den meisten Fällen nur sehr schwach, so dass die Patientinnen im allgemeinen mit dem Ergebnis zufrieden sind. Etwa 30-40 Prozent der behandelten Patientinnen können damit rechnen, dass die Periode auf Dauer ganz ausbleibt.

Mehrjährige Nachbeobachtungen haben gezeigt, dass die Methode für etwa 70-80 Prozent der Frauen erfolgreich angewandt werden kann. Bei etwa 20-30 Prozent der Frauen ist allerdings damit zu rechnen, dass wegen erneut auftretender Blutungsprobleme später doch noch eine Gebärmutterentfernung notwendig werden kann. In Einzelfällen kann es dazu kommen, dass in der Gebärmutterhöhle Verklebungen der Wände auftreten und dass oberhalb davon noch Schleimhautinseln zurückgeblieben sind. Diese können dann zur Zeit der Monatsblutung nicht abbluten und es entsteht ein lokaler Blutstau, welcher sich in Form von ziehenden Unterleibsschmerzen bemerkbar macht. In solchen Fällen wird eine Wiederholung der Endometriumablation oder eine Entfernung der Gebärmutter notwendig.

Die Endometriumablation schützt nicht sicher vor einer Schwangerschaft. Dies bedeutet, dass über eine Verhütung nachgedacht werden muss. So kann z.B. zusammen mit der Endometriumablation eine Sterilisation durchgeführt werden. Die Methode ist aber grundsätzlich nicht anwendbar, wenn noch Kinderwunsch besteht!

Der Vorteil der Methode liegt neben dem Organerhalt besonders darin, dass sie ambulant oder in Form eines kurzen stationären Aufenthaltes von drei Tagen vorgenommen werden kann. Die Wundschmerzen nach dem Eingriff sind sehr gering, so dass man etwa zwei bis drei Tage nach dem Eingriff wieder normal allen körperlichen Aktivitäten nachgehen kann und arbeiten gehen kann.

Myomentfernung:

Die Gebärmutter besteht aus drei Schichten: einer inneren Schleimhautschicht (Endometrium), einer dicken, mittleren Muskelschicht (Myometrium) und einer dünnen, äußeren Bauchfellschicht (Perimetrium). Myome sind gutartige Knotenbildungen der Muskelschicht der Gebärmutter. Meist wachsen sie im dicken Muskelmantel der Gebärmutter oder in Richtung Bauchhöhle und sind dann nicht mit dem Hysteroskop, welches ja nur die Innenseite der Gebärmutterhöhle betrachten kann, zu erkennen.

Manche Myome wachsen allerdings dicht unterhalb der Gebärmutter Schleimhaut und können bei der Gebärmutter Spiegelung direkt gesehen werden. Gerade Myome dieser Wachstumsform verursachen die meisten Beschwerden: es kommt zu sehr starken und schmerzhaften Periodenblutungen und in manchen Fällen gelingt es nicht, schwanger zu werden oder es kommt zu einer Fehlgeburt.

Früher konnten diese tief innerhalb der Gebärmutter sitzenden Myome nur sehr aufwendig über einen Bauchschnitt entfernt werden. Mit der Möglichkeit der hysteroskopischen Therapie besteht jetzt eine einfache Behandlungsform, bei der der Arzt / die Ärztin das Myom durch die Scheide entfernt. Hierzu wird mit dem Resektoskop in die Gebärmutterhöhle eingegangen und das Myom mit der elektrischen Schlinge in viele kleine Einzelteile zerteilt, welche dann durch Ausschabung aus der Gebärmutter gewonnen werden.

Nahezu alle Patientinnen, die vorher wegen der unter der Gebärmutter Schleimhaut sitzenden Myome große Blutungsprobleme gehabt haben, können damit rechnen, dass sich ihre Periodenblutung wieder normalisiert.

Schwierig mit dieser Technik zu behandeln sind allerdings Myome, deren Größe mehr als drei Centimeter beträgt und Myome, die nur ein wenig in die Gebärmutterhöhle hineinragen und überwiegend tief in der Gebärmutterwand sitzen. Es kann sein, dass vor der Entfernung dieser Myome eine dreimonatige Hormonbehandlung notwendig wird, um sie so zum Schrumpfen zu bringen, dass sie besser operiert werden können. Auch kann es vorkommen, dass man das Myom nicht in einer Operation komplett entfernen kann, so dass ein oder sogar zwei weitere Eingriffe notwendig werden können.

Polypentfernung:

Gerade bei älteren Frauen kommt es gelegentlich zu unkontrollierten Wucherungen der Gebärmutter Schleimhaut in Form einer Polypbildung. Meist sind diese Polypen gutartig, nur ganz selten kommt es vor, dass in solch einem Polypen bösartige Veränderungen gefunden werden. Oft wird ein Polyp durch eine Ultraschalluntersuchung der Gebärmutter vermutet, jedoch kann man die Struktur nicht immer eindeutig als Polypen klassifizieren. Der Arzt / die Ärztin wird dann zu einer Gebärmutter Spiegelung mit Ausschabung raten, um die Ursache der Schleimhautwucherung abzuklären.

Im Rahmen einer operativen Hysteroskopie gelingt es, den Polypen mittels einer elektrischen Schlinge abzutragen. Da bei der einfachen Ausschabung der Gebärmutterhöhle ohne vorherige Spiegelung in den meisten Fällen Polypen nicht erkannt und entfernt werden, ist inzwischen die einfache Ausschabung ohne vorherige Hysteroskopie nicht mehr als zeitgerecht zu betrachten.

Septumdurchtrennung:

Manche Frauen haben eine angeborene Fehlbildung der Gebärmutter in Form einer Trennwand, welche die Gebärmutterhöhle in zwei Hälften unterteilt (Septum). Frauen die solch eine Fehlbildung der Gebärmutter haben, haben vermehrt Fehlgeburten. Bei jeder Frau, die drei oder mehr Fehlgeburten gehabt hat, sollte daher unbedingt eine Spiegelung der Gebärmutterhöhle vorgenommen werden, um diese Situation ausschließen oder bestätigen zu können.

In früheren Jahren war für die Behandlung eines Gebärmutterseptums eine sehr aufwändige operative Behandlung mit Eröffnung der Bauchhöhle, Aufschneiden der Gebärmutter und Herausstrennen des Septums mit anschließendem Vernähen der Gebärmutter notwendig. Durch die Hysteroskopie ist es heute sehr einfach, diese Septen zu behandeln.

Der Arzt / die Ärztin geht mit dem Resektoskop unter Sicht in die Gebärmutterhöhle ein und durchtrennt es mit einer elektrischen Nadel. Hieraus resultiert anschließend eine normale Form der Gebärmutterhöhle. Da es in seltenen Fällen auch vorkommen kann, dass die Gebärmutter nicht nur innerlich, sondern auch äußerlich fehlgebildet ist, wird die Septumdurchtrennung in der Regel mit einer Bauchspiegelung kombiniert, bei welcher der Arzt / die Ärztin die Gebärmutter zunächst von außen betrachten kann. Hat er dann sichergestellt, dass es sich um eine äußerlich normale Gebärmutter handelt, was bei 95 Prozent der Fehlbildungen der Fall ist, so kann dann die

Septumdurchtrennung als einfacher operativer Eingriff erfolgen. Nach diesem Eingriff ist damit zu rechnen, dass etwa drei Viertel der folgenden Schwangerschaften zur Geburt eines lebenden Kindes führen werden.

Lösen von Verwachsungen in der Gebärmutterhöhle:

Bei manchen Frauen kommt es nach Ausschabungen wegen Fehlgeburt oder direkt nach einer Entbindung oder nach einem Kaiserschnitt zu Verklebungen der Gebärmutterwände. Man bezeichnet diese Verwachsungen als Synechien. Schwere Formen können zur Folge haben, dass die Periodenblutung auf Dauer ganz ausbleibt oder sehr schwach wird. Man findet diese schwere Ausprägung von Synechien meist nach Ausschabungen, die wegen starken Nachblutungen nach einer Geburt notwendig wurden.

Die Hysteroskopie bietet dem Arzt / der Ärztin die Möglichkeit, unter direkter Sicht die Verklebungen zu erkennen und durchtrennen zu können, um die Gebärmutterhöhle wieder neu zu formen. Bei sehr ausgeprägten Verklebungen kann es allerdings leider durchaus möglich sein, dass die gesamte Gebärmutter Schleimhaut zerstört ist und es somit nicht gelingt, die Gebärmutterhöhle auf Dauer wiederherzustellen. Für die betroffenen Frauen bedeutet dies, dass sie wahrscheinlich ihre Periode nicht mehr bekommen und keine weiteren Kinder bekommen werden. Eine Entfernung der Gebärmutter wegen vorhandener Synechien ist nicht notwendig.

Die Hysteroskopie ist ein sehr schonendes, patientinnenfreundliches Operationsverfahren. In ihrer Anwendung bedarf sie einer gewissen Übung und Erfahrung, da der Hohlraum der Gebärmutterhöhle, in dem operiert wird, sehr klein ist.

3. Gebärmutterentfernung

- ▶ LAVH (endoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie)
- ▶ LASH (endoskopisch assistierte suprazervikale Hysterektomie)
- ▶ TLH (totale endoskopische Hysterektomie)
- ▶ Offene chirurgische Verfahren
(vaginale oder abdominale Hysterektomie)

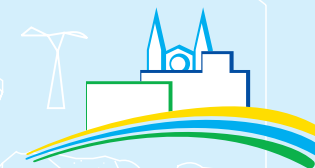
Wissenswertes zur Hysterektomie

Die Indikation zur Entfernung der Gebärmutter wird heute im Vergleich mit den zurückliegenden Jahrzehnten kritischer gestellt. Hysteroskopische und auch endoskopische Verfahren erlauben häufig ein organerhaltendes Vorgehen.

Neben der abdominalen Hysterektomie (Bauchschnitt) und der vaginalen Hysterektomie (Eingriff durch die Scheide) verfügen wir über endoskopische Möglichkeiten der Teilentfernung oder auch der kompletten Entfernung der Gebärmutter.

Letztlich hängt das Vorgehen von den zugrunde liegenden Symptomen und Erkrankungen und natürlich den Präferenzen der Patientin ab.

Welche verschiedene Arten der Gebärmutterentfernung gibt es und was wird im St. Vinzenz für Sie angeboten?



Totale abdominale (offene) Hysterektomie – die traditionelle Hysterektomie. Dabei wird die Gebärmutter mit dem Gebärmutterhals (mit oder ohne Eierstöcke) durch einen Bauchschnitt entfernt. Diese Methode wird empfohlen, wenn die Gebärmutter sehr groß ist, nach vielen Voroperationen schwere Verwachsungen im Bauch entstanden sind oder bei Krebserkrankungen. Sie erfordert einen Krankenhausaufenthalt von ca. sieben bis zehn Tagen und eine lange Genesungszeit bis zu sechs Wochen. Sie hinterlässt eine sichtbare Operationsnarbe und möglicherweise Verwachsungen im Bauch, die zu Beschwerden führen können.

Vaginale Hysterektomie ist ein Eingriff, bei dem Gebärmutter und Gebärmutterhals durch einen Schnitt in der Scheide entfernt werden. Sie ist oft gemeinsam mit Senkungsoperationen durchführbar oder auch zur Behandlung der Blutungsstörungen oder im Frühstadium von Gebärmutterhals- oder Gebärmutterkrebs.

Hier treten möglicherweise weniger postoperative Beschwerden auf als nach einem Bauchschnitt. Auch der Krankenhausaufenthalt ist kürzer (unter einer Woche), zudem gibt es keine sichtbare Narbe. Dieser Eingriff kann jedoch bei größerer Gebärmutter oder möglichen Verwachsungen nicht immer durchgeführt werden.

Die laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie (LAVH) verläuft ähnlich wie eine vaginale Hysterektomie. Die Verwendung eines Laparoscops ermöglicht es, Begleitbeschwerden wie z.B. Verwachsungen zu behandeln und sich den Bauch von innen komplett anzusehen. Die Gebärmutter wird dann aber mit oder ohne Eierstöcke durch die Scheide entfernt. Durch die Kombination beider Methoden ist die Dauer der Operation etwas länger.

Eine neuere, noch weniger invasive und weniger traumatisierende Methode ist die laparoskopische supracervikale Hysterektomie (LASH).

Dabei wird nur der Uteruskörper laparoskopisch entfernt, während der Gebärmutterhals (Cervix) intakt bleibt. Hierfür werden nur winzige Einschnitte in Nabel und Bauch gebraucht, durch welche die feinen Instrumente eingebracht werden. Dabei sind das Risiko der Schädigung der Nachbarorgane, die Entstehung von Narben aber auch die postoperativen Schmerzen deutlich geringer als bei herkömmlichen Methoden. Sie können nach ca. drei bis fünf Tagen die Klinik verlassen und in weniger als einer Woche wieder Ihre normalen Tätigkeiten aufnehmen.

Außerdem bleibt bei dieser Methode der Gebärmutterhals erhalten. Dies kann Forschungsarbeiten zufolge das Risiko einer Beckenbodensenkung, einer Harninkontinenz sowie anderer Komplikationen, die bei der totalen Hysterektomie auftreten können, verringern. Wichtig ist, dass bei erhaltenem Gebärmutterhals weiterhin die Krebsvorsorge wahrgenommen wird.

Eine weitere Entwicklung der LASH, die in unserer Abteilung routinemäßig eingesetzt wird, ist die so genannte TLH, die totale laparoskopische Hysterektomie:

Hierbei wird die Gebärmutter zusammen mit dem Gebärmutterhals komplett laparoskopisch entfernt. Dies ist zum Beispiel bei Vorstufen oder Frühstadien des Gebärmutter- und Gebärmutterhalskrebses notwendig, wenn eine vaginale Hysterektomie aufgrund der Gebärmuttergröße nicht durchführbar ist, der Arzt der Patientin aber einen Bauchschnitt ersparen möchte.

Die Vorteile der suprazervikalen und der totalen endoskopischen Hysterektomien:

- ▶ gute Übersicht während der OP durch die Vergrößerung der Optik
- ▶ geringerer Blutverlust
- ▶ deutlich weniger Schmerzen und geringerer Schmerzmittelgebrauch nach der OP
- ▶ weniger Wundinfektionen
- ▶ deutlich schnellere Mobilisierung
- ▶ kurzer Krankenhausaufenthalt
- ▶ schnellere postoperative Erholungsphase

Mittlerweile werden in der Frauenklinik des St. Vinzenz-Krankenhauses über die Hälfte der Gebärmutterentfernungen durch Bauchspiegelung durchgeführt.



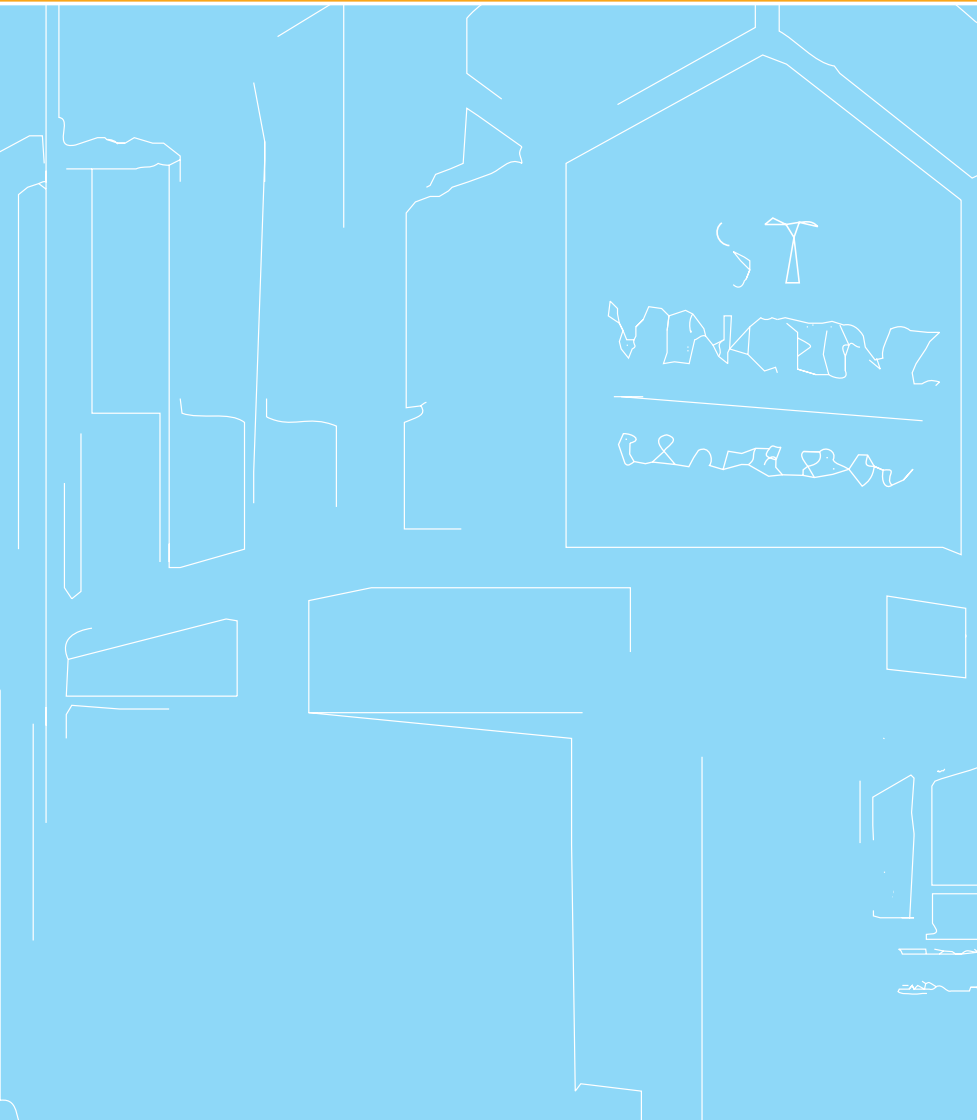
Einige Anmerkungen zum Schluss:

Da die Gebärmutterentfernung ein elektiver Eingriff und kein Notfall ist, sollten Sie sorgfältig abwägen, für welche Art der Entfernung Sie sich entscheiden. Nehmen Sie sich also ausreichend Zeit, mit Ihrem Frauenarzt oder Ihrer Frauenärztin das jeweilige Für und Wider zu besprechen und lassen Sie sich genau erklären, welche Möglichkeiten der Behandlung in Ihrem individuellen Fall zur Verfügung stehen.

Sprechen Sie zunächst mit Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin darüber und danach mit uns.

4. Die Lymphknotenentfernung

Als Ergänzung zur chirurgischen Entfernung von Becken- und Bauchlymphknoten im Rahmen der Therapie von bösartigen gynäkologischen Tumorerkrankungen über einen Bauchschnitt bieten wir in ausgewählten Konstellationen die Lymphknotenentfernung auch mittels Bauchspiegelung an.



Sie haben noch Fragen?

Wir beraten Sie gern,
wenn Sie weitere Fragen haben.
Vereinbaren Sie einfach einen Termin.



**Krankenhausgesellschaft
St. Vincenz mbH**

St. Vincenz Krankenhaus Limburg
Frauenklinik
Chefarzt: Dr. med. Peter Scheler
Sekretariat: 0 64 31 / 292 – 45 51

Auf dem Schafsberg • 65549 Limburg
E-Mail: info@st-vincenz.de
www.st-vincenz.de