

Operative Hysteroskopie

Krankenhaus Sachsenhausen

Dr. R. Ermis



Indikationen

- Entfernung von Polypen
- Myomresektion
- Gezieltes Entfernen von z.B. Plazentaresiduen
- Endometriumablation
- Septumdissektion
- Lösen von intrauterinen Adhäsionen

Operative Hysteroskopie

- Ambulant durchführbar
- Optimal 1. Zyklushälfte, keine Vorbehandlung notwendig
- Einführen des Resektoskop in den auf 1 cm dilatierten Cervikalkanal
- Cavumentfaltung durch Flüssigkeit (Purisolle oder NaCl)



Kontraindikation und Komplikationen

- KI: Infektionen im kleinen Becken
- Komplikationen treten selten auf:
 - Perforation des Uterus
 - Verletzung von Nachbarorganen
 - TUR-Syndrom (hypotone Hyperhydratation)

Anzahl der Hysteroskopien im Krankenhaus Sachsenhausen 2000-2011

• Endometriumablation	976
• Myomresektion	1423
• Sonstige operative HSK	1124
• Septum	164
• Diagnostische HSK	7544



Anzahl der Hysteroskopien im Krankenhaus Sachsenhausen im Jahr 2011

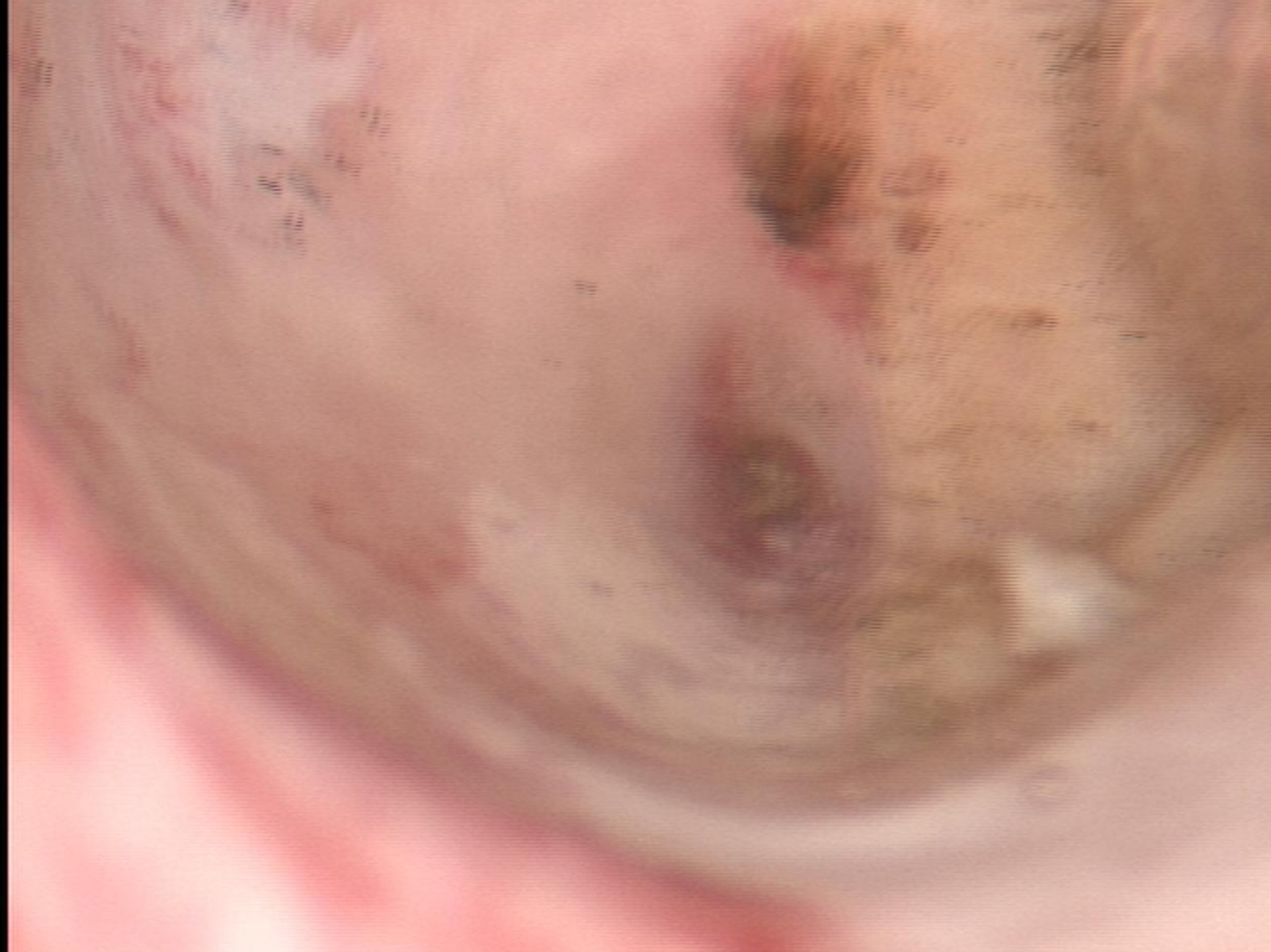
• Endometriumablation	126
• Myomresektion	163
• Sonstige operative HSK	150
• Septum	21
• Diagnostische HSK	996



Entfernung von Polypen

- Schonendes Verfahren, da vollständiges Abtragen des Polypen unter Sicht mittels monopolarer Schlinge erfolgt
- Alternative: Kürette?

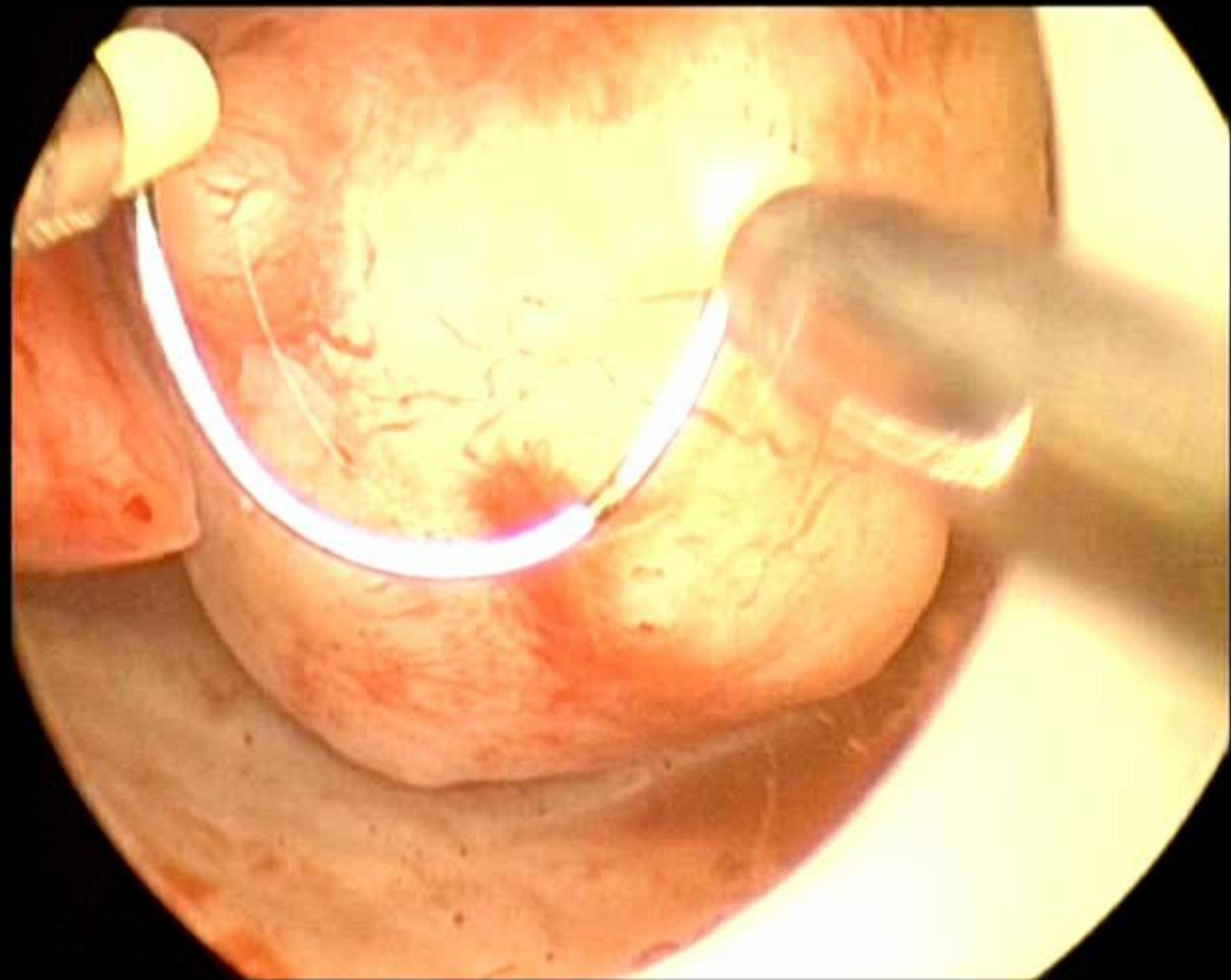






Myomresektion

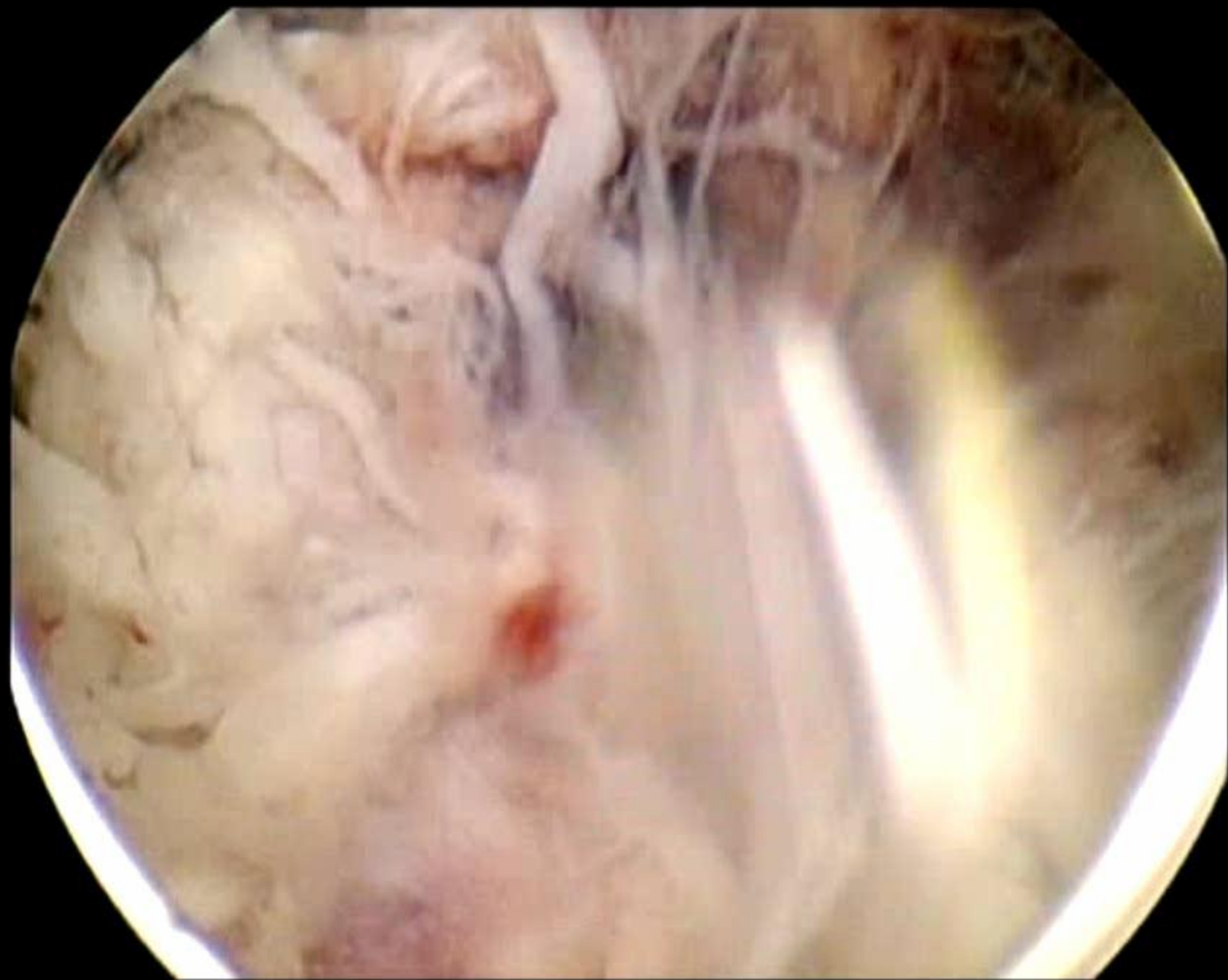
- Entfernung von submukösen Myomen, auch mit intramuralen Anteilen bis 5 cm
- Zweitsitzung gegebenenfalls erforderlich, abhängig von der Myomgröße, Anzahl und Lage
- Besonders geeignet bei Patientinnen mit Kinderwunsch (nach 2-3 Monaten SS möglich, keine Sectio erforderlich)





Einsatz bei Residuen

- Gezieltes Entfernen von Abort- oder placentaren Residuen
- IUP-Entfernung
- Schonung des restlichen Endometriums





Uterine Fehlbildung

- Die Prävalenz genitaler Fehlbildungen liegt in der allgemeinen Bevölkerung bei 0,2–0,4 %, aber bis zu 13 % bei Sterilitäts-/Infertilitätspatientinnen
- Im Vergleich zur Population von Frauen mit regulärer Uterusentwicklung resultieren bei vorhandener Fehlbildung signifikant höhere Abort- und geringere Raten an Termingeburten

Uterine Fehlbildungen

- Typ I: Hypoplasie, Agenesie
- Typ II: unicorneater Uterus, Typ IIa-d
- Typ III: Uterus didelphys
- Typ IV: Uterus bicornis, IVa komplett, IVb partiell
- Typ V: geteilter Uterus, Va komplettes Septum, Vb partielles Septum
- Typ VI: Uterus arcuatus



Uterine Fehlbildungen

- **Uterus unicornis:** Fehlentwicklung in einem Müller-Gang
- **Uterus duplex** (uni- oder bicollis): fehlende Verschmelzung der Müller-Gänge
- **Uterus bicornis:** partielle Verschmelzung
- **Uterus septus/subseptus:** häufigste Fehlbildung, vollständige Fusion mit unvollständiger Resorption des mittleren Septums in variabler Länge



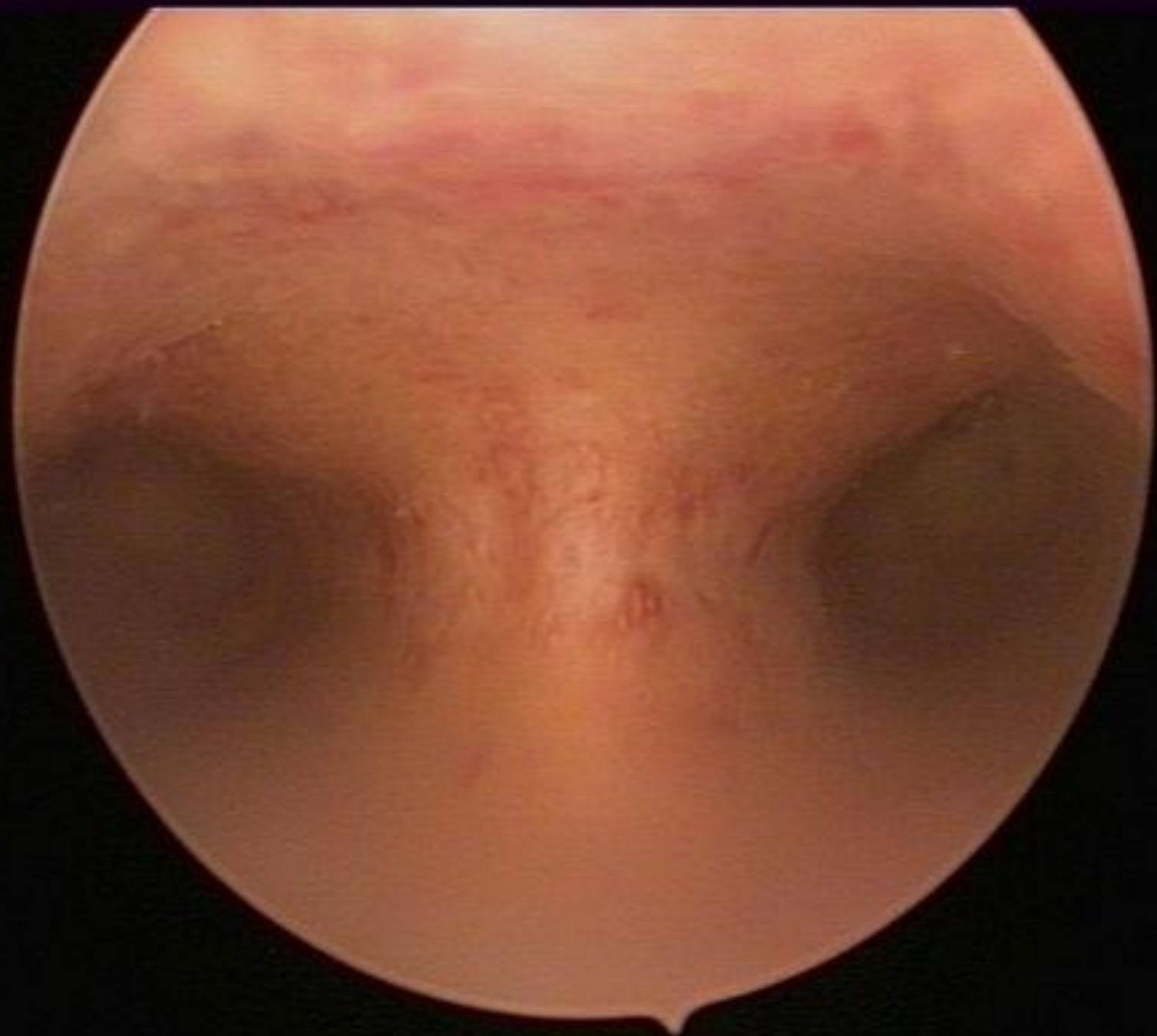
Uterine Fehlbildungen

- Uterus bicornis: Risiko für eine Fehlgeburt beträgt ca. 30%. Anteil an Frühgeburten mit 20% erhöht
- Uterus unicornis: Die Abortrate liegt hier über 50%, der Anteil der Frühgeburten bei 15%. Der Anteil der lebend geborenen Kinder ist deutlich reduziert und beträgt ca. 40%



Uterus septus/subseptus

- Je nach Ausprägung enden weit über 60% der Schwangerschaften vorzeitig als Fehlgeburt und weitere 20% werden zu früh geboren. Der Anteil an lebend geborenen Kindern ist hier mit knapp einem Drittel am niedrigsten
- Die hysteroskopische Septumresektion erhöht die Lebendgeburtsrate auf 80 % bei sinkender Abortrate



SEPTATE



Wedge of fibrous tissue dividing uterine cavity.

ASHERMAN'S SYNDROME



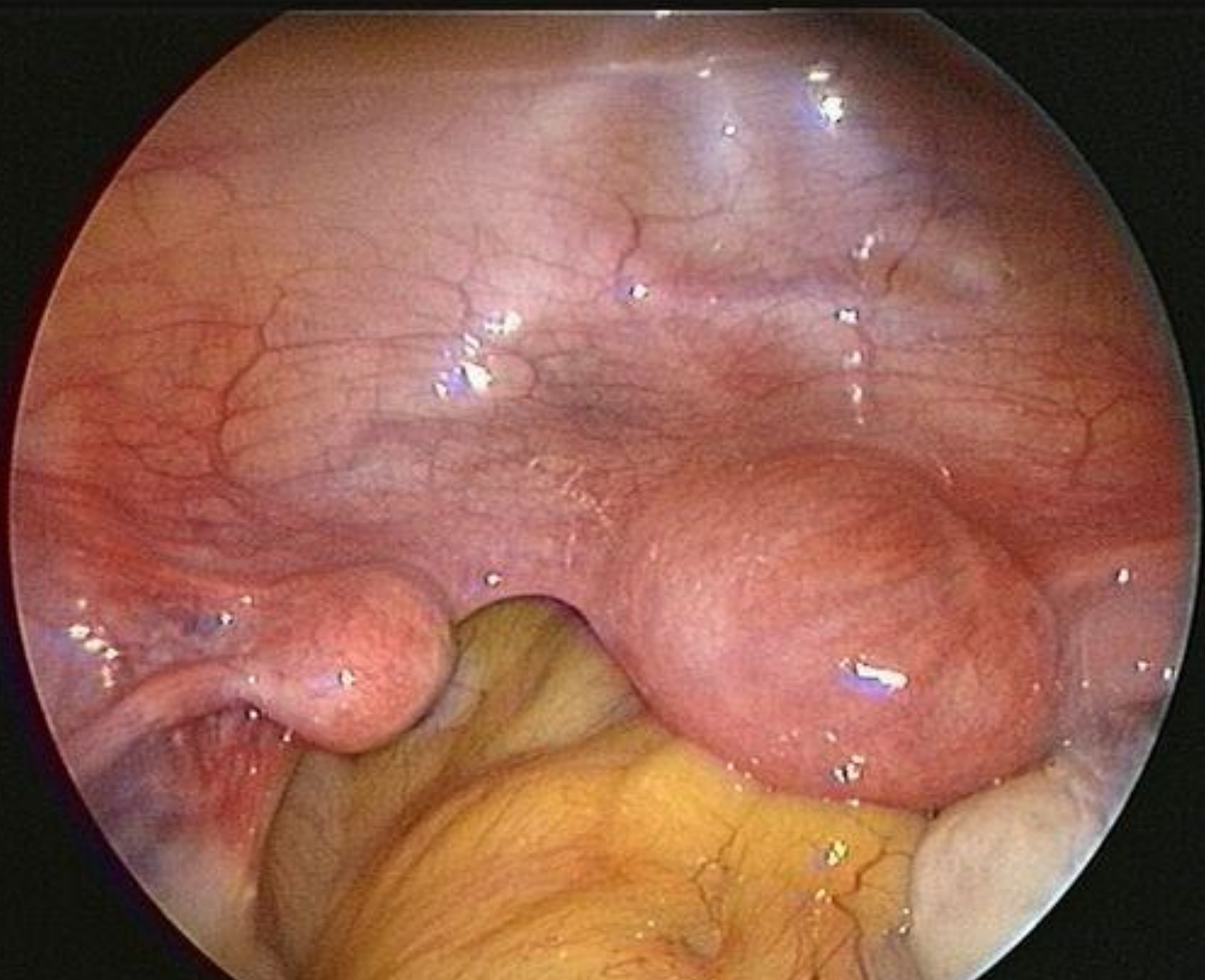
Adhesions (band-like formations) crossing the lining of the uterus.

BICORNATE UTERUS

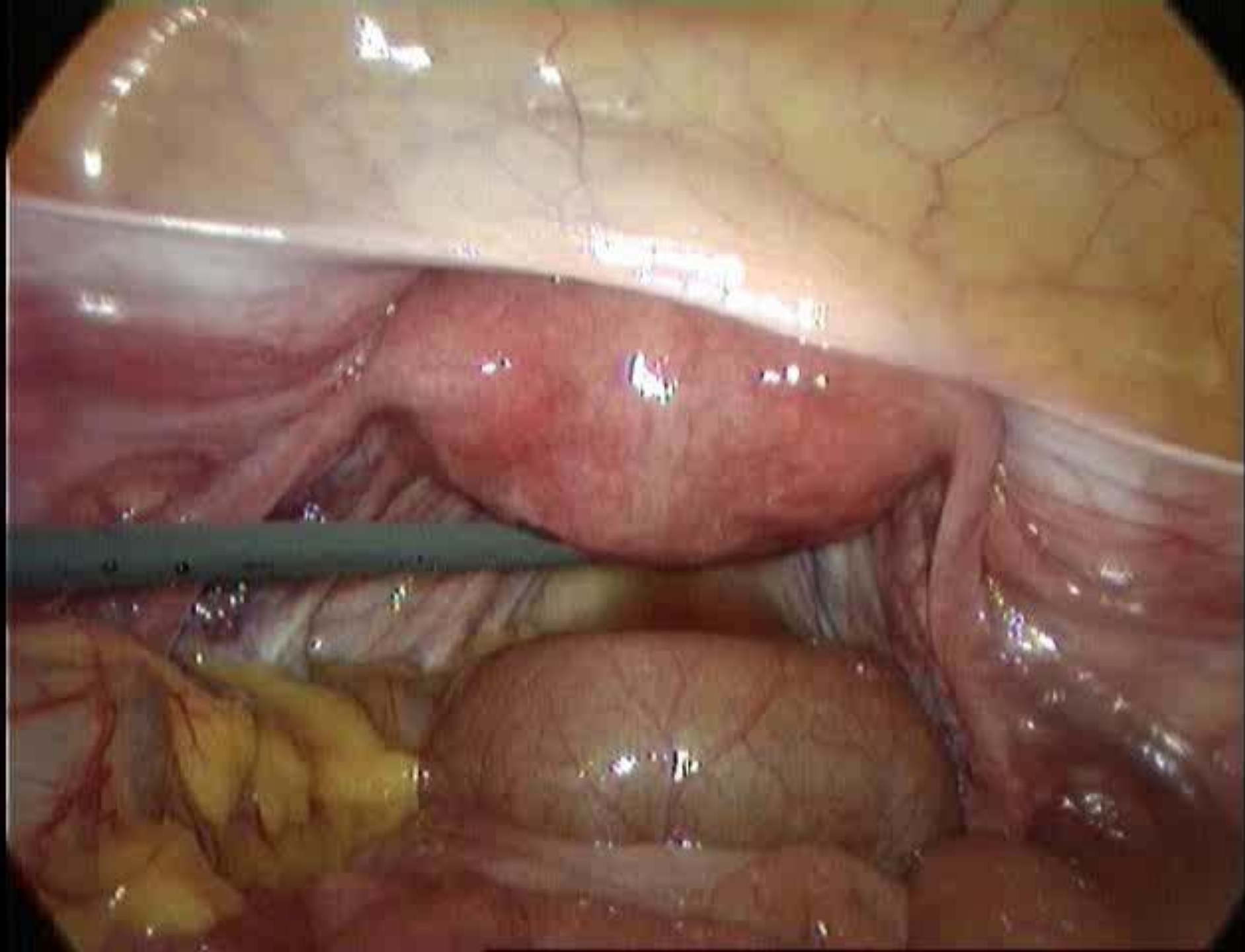


Incomplete uniting of uterus.









Zusammenfassung - Septumdissektion

- Uterus septus/subseptus, DD Uterus bicornis
- Unter simultaner laparoskopischer Kontrolle
- Spaltung mit Dissektionsnadel
- keine Nachbehandlung (früher IUP-Einlage, ggf. aber DK intrauterin)
- Deutliche Senkung von Fehl- und Frühgeburtsraten



Behandlung von dysfunktionellen Blutungen

- 150.000 Hysterektomien in Deutschland pro Jahr
- 20% der Uteri weisen keine pathologischen Veränderungen auf
- Geeignete Methode: Endometriumablation (Ausnahme: SL>10 cm, Adenomyosis)



Endometriumablation

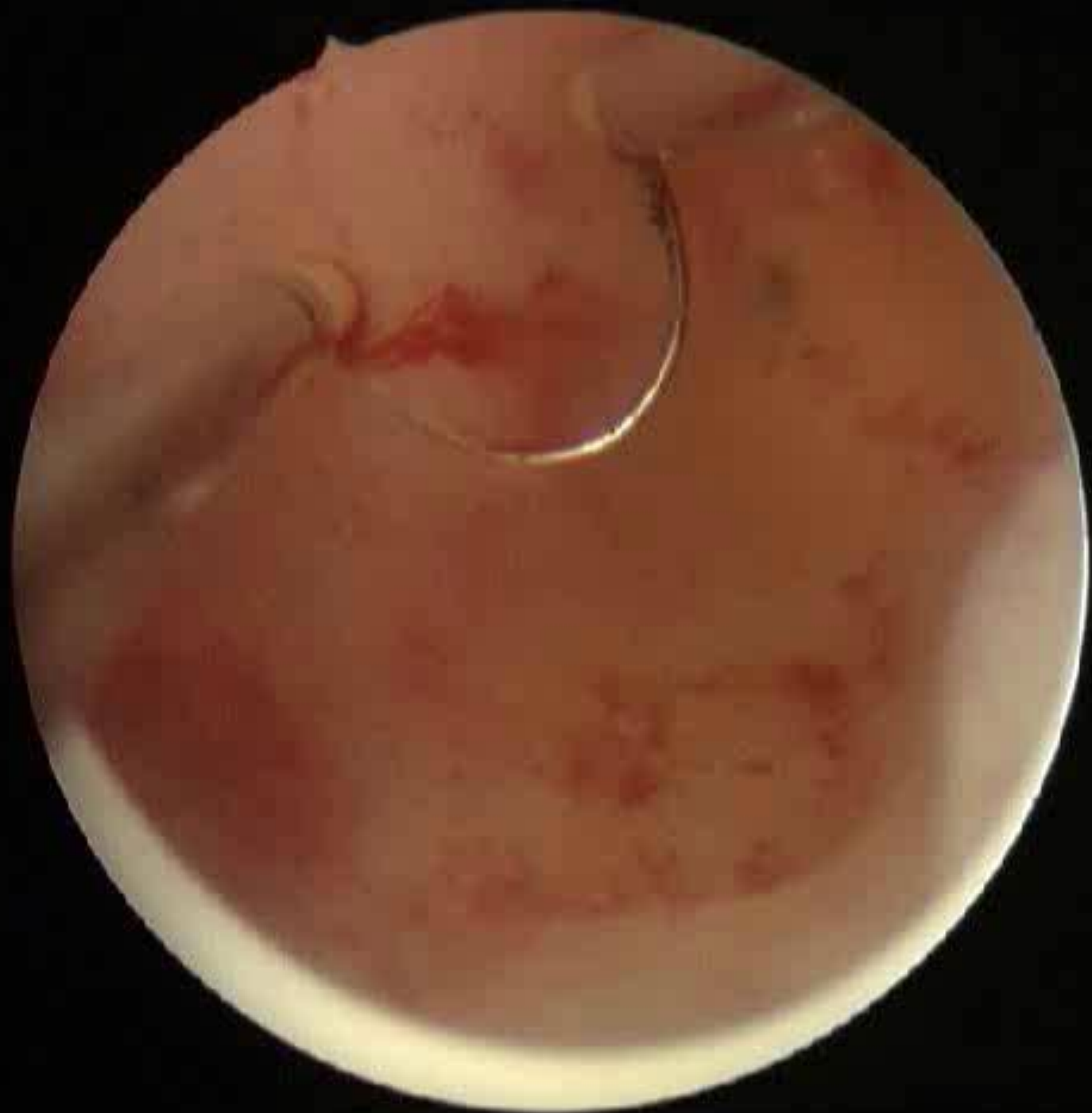
- Ambulant durchführbar
- Arbeitsunfähigkeit 2-3 Tage
- Mittels monopolarer Schlinge und Rollerball

→ Endometrium wird ausreichend tief und allseits abgetragen



Therapieziel

- Alle Patientinnen müssen darauf hingewiesen werden, dass das Ziel der Behandlung eine Reduktion der Blutungsstärke ist
- Mehrere Studien zeigen, dass bei mehr als 80% der ablativ behandelten Patientinnen eine Hysterektomie vermieden werden konnte



Vorteile der op. HSK EA

- Vergleich mit den globalen Methoden wie z.B. Thermachoice (Metaanalyse aus 30 Studien)
 - Geringere Kosten
 - Bei Uterusfehlbildung einsetzbar
 - Gewinnung von Gewebe zur histologischen Beurteilung
 - Abtragung von Myomen oder Polypen falls vorhanden

→ Insgesamt bessere Diagnostik und gezieltere Therapie