

Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
Zentrum für minimal-invasive Chirurgie
in der Gynäkologie

Krankenhaus Sachsenhausen
Frankfurt am Main

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

und

Geschäftsstelle für Qualitätssicherung
in Hessen (Eschborn)



Trends der Komplikationen bei der Hysterektomie durch neue Operationsmethoden

Konzeption & Vortrag: Philipp-Andreas Hessler – Recherche: Björn Misselwitz
Design: Gabriele Mücklich

31. Münchener Konferenz
für Qualitätssicherung
München 28. bis 29. November 2013

**Beeinflusst die Einführung
neuer Operationstechniken
bei der Hysterektomie
die Komplikationsrate ?**

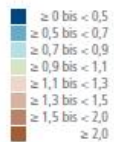
**Gibt es typische
zugangsspezifische Komplikationen ?**

Warum interessiert uns das?

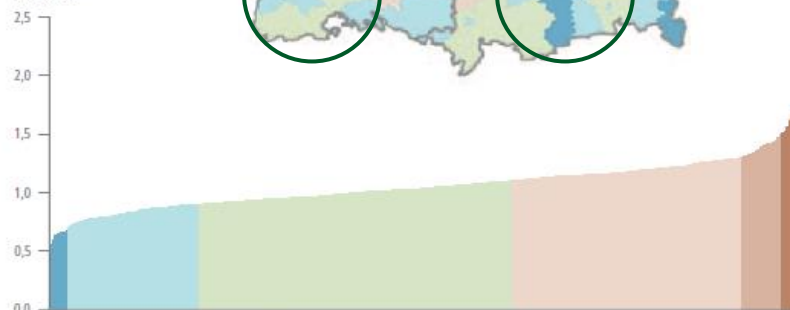


4.6 Entfernung der Gebärmutter

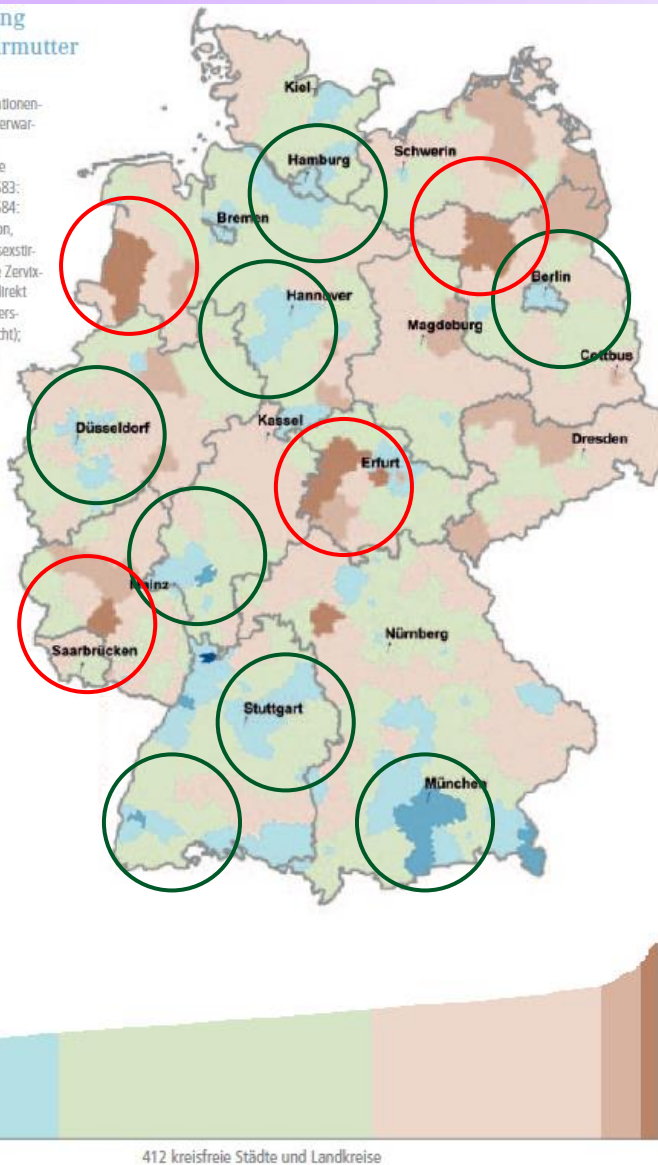
Kreispezifischer Operations-Index (Ist-OP-Anzahl / erwartete OP-Anzahl); OPS-Codes: 5-682: Subtotale Uterusexstirpation, 5-683: Uterusexstirpation, 5-684: Zervixstumpfexstirpation, 5-685: Radikale Uterusexstirpation, 5-686: Radikale Zervixstumpfexstirpation; indirekt standardisiert nach Altersgruppen (und Geschlecht); Jahre 2007 bis 2009; Deutschland = 1



Indexwert



412 kreisfreie Städte und Landkreise



Mit > 130.000 Eingriffen im Jahr ist die Hysterektomie eine der häufigsten aber auch radikalsten und komplikationsträchtigsten Operationen in der nicht-onkologischen operativen Gynäkologie.

Er gibt erhebliche regionale Unterschiede in der Frequenz der Hysterektomien.

„Böse“

„Böse“



2004 – 2012

**79.606 Hysterektomien aus der QS
operative Gynäkologie in Hessen
(benignen Erkrankungen)**

1067 intraoperative Komplikationen = 1,4%

3309 postoperative Komplikationen = 4,4%

2012

> 8000 Hysterektomien

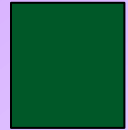
94 intraoperative Komplikationen = 1,2%

277 postoperative Komplikationen = 3,4%

**Daten vor 2004 wegen fragwürdiger
OPS-Verschlüsselung nicht auswertbar**



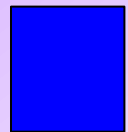
Konventionelle (klassischen) Operationsverfahren:



AH

Abdominale Hysterektomie

Unterbauchquerschnitt oder –längsschnitt (Laparotomie)

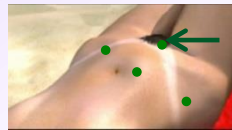


VH

Vaginal Hysterektomie

Zugang ausschließlich über die Scheide

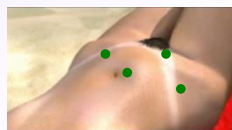
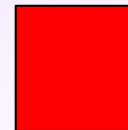
Minimal-invasive Operationsverfahren (MIC):



LAVH

Laparoskopisch assistierte vaginal Hysterektomie

Laparoskopische Vorbereitung zur vaginalen Extraktion



SLH

Suprazervikale laparoskopische Hysterektomie

Ausschließlich laparoskopisches Vorgehen ohne Gebärmutterhals



TLH

Totale laparoskopische Hysterektomie

Ausschließlich laparoskopisches Vorgehen mit Gebärmutterhals



Vorteile der minimal-invasiven Chirurgie

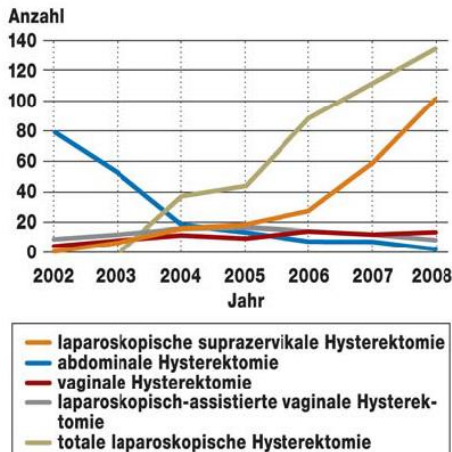
ORIGINALARBEIT

Hysterektomie – ein Vergleich verschiedener Operationsverfahren

Andreas Müller, Falk C. Thiel, Stefan P. Renner, Mathias Winkler, Lothar Hübner, Matthias W. Beckmann

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 107 | Heft 20 | 21. Mai 2010

GRAFIK 2



ZUSAMMENFASSUNG

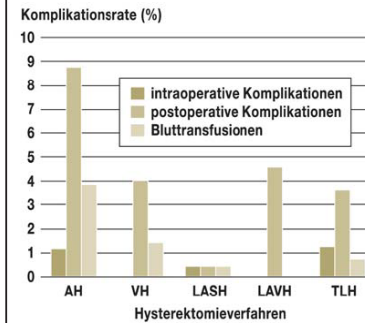
Hintergrund: Die Vor- und Nachteile der möglichen Operationsmethoden, insbesondere das Belassen der Zervix „in situ“ bei der laparoskopischen suprazervikalen Hysterektomie (LASH) werden kontrovers diskutiert.

Methoden: Verglichen wurden im Rahmen einer retrospektiven monozentrischen Studie an der Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen anamnestische Faktoren und klinische Daten bei Hysterektomien in den Jahren 2002 bis 2008. Postoperative Zufriedenheit und Häufigkeit sekundärer Deszensus- und Inkontinenzoperationen wurden anhand eines Fragebogens bei den Patientinnen erfasst, die in den Jahren 2002 bis 2007 operiert wurden.

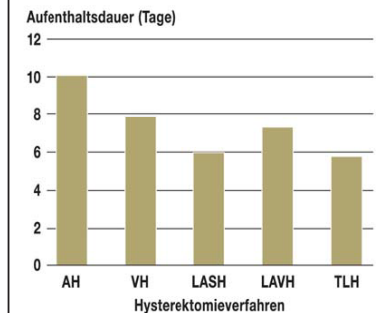
Ergebnisse: Die längste Aufenthaltsdauer zeigte sich mit zehn Tagen nach abdominaler Hysterektomie (AH), gefolgt von vaginaler Hysterektomie (VH) mit 7,8 Tagen beziehungsweise laparoskopisch-assistierter vaginaler Hysterektomie (LAVH) mit 7,2 Tagen. Die kürzeste Aufenthaltsdauer zeigte sich nach LASH mit 5,9 Tagen und nach totaler laparoskopischer Hysterektomie (TLH) mit 5,7 Tagen. Die kürzeste Operationszeit war bei der VH zu finden (87 min), die längste bei LAVH (122 min). Der niedrigste Blutverlust trat bei der LASH (1,38 g/dL) und TLH (1,51 g/dL) auf. Die höchste Rate an postoperativen Komplikationen trat nach AH (8,9 %) auf. Hinsichtlich postoperativer Zufriedenheit, Deszensus- und Inkontinenzoperationen gab es keine Unterschiede.

Diskussion: Postoperative Vorteile des „In situ“-Belassens der Zervix bei LASH zeigten sich nicht, allerdings handelt es sich nicht um eine kontrollierte randomisierte Studie.

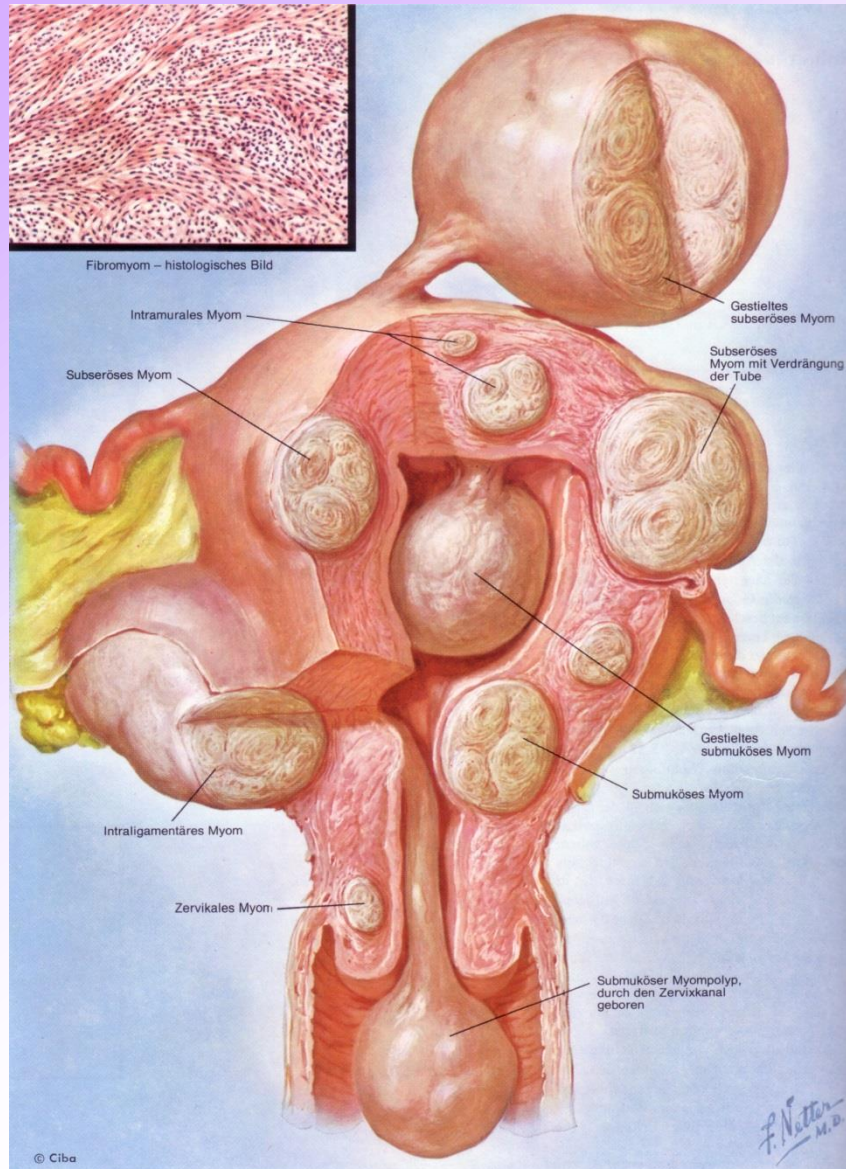
GRAFIK 3



eGRAFIK 1



- ▼ Morbidität
- ▼ Hospitalisation
- ▼ Arbeitsunfähigkeit
- ▲ Bessere Sicht



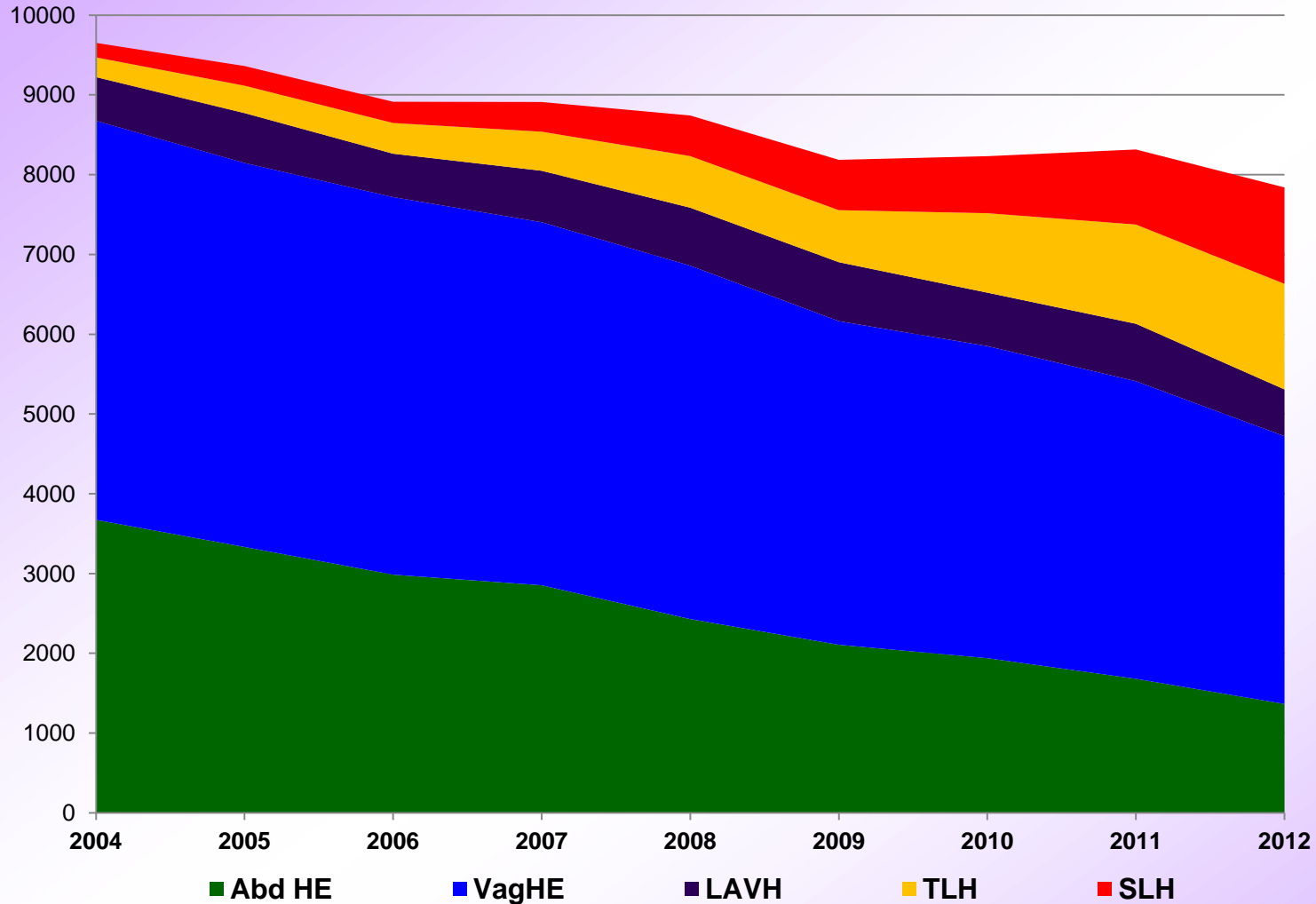
Der
„Uterus myomatosus“
und assoziierte
Erkrankungen stellen

> 3/4

der Indikationen
zu einer
Hysterektomie
(< 100.000)







Hysterektomie ↓
- 18 %

Minimal-invasive Operationen
10,1 % → 34,9 %

Konventionelle Operationen
89,9 % → 65,1%



Warum ?

**Organerhaltende Operationsverfahren
nehmen zu:**

**Hysteroskopische und laparoskopische
Myomenukleation**

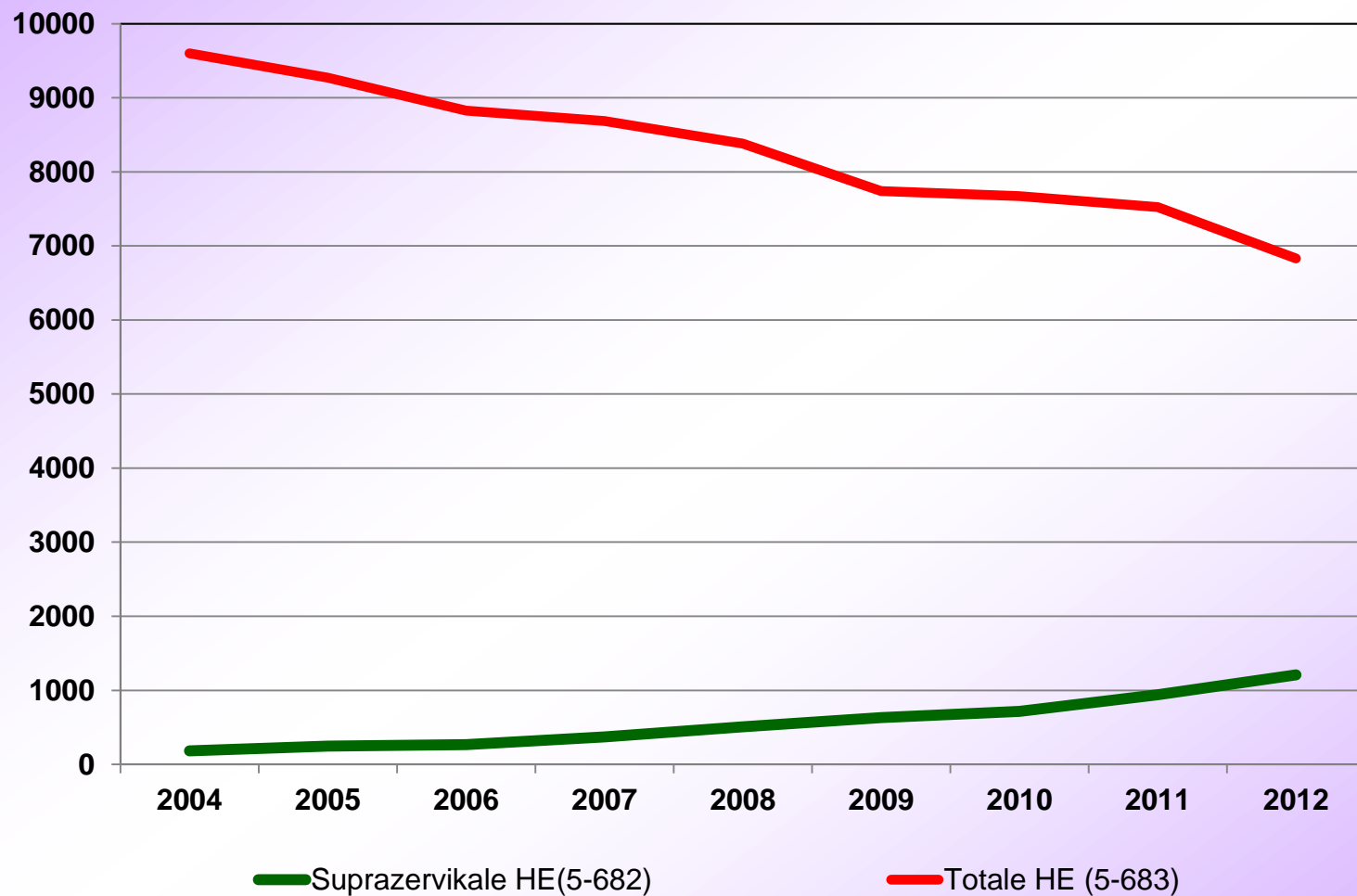
Hysteroskopische Endometriumablation

Medikamentöse Behandlung

Esmya™ (Ulipristal)

Mirena™ (Hormon-Spirale)





Zugangsspezifische Komplikationen

Laparoskopie: Verletzung von Darm oder Gefäßen
mit der Veress-Nadel

Laparotomie: Sekundärheilung, Ileus, HWI (DK)

Methodenspezifische Komplikationen

Laparoskopie: Thermoschäden durch Elektrochirurgie
oder Ultraschall (Ureter, Blase, Darm)
Morcellatoren, Endobag

Laparotomie: Läsionen Darm, Blase, Ureter
Blutungen, Lagerungsschäden

Operationsspezifische Komplikationen

Hysterektomie: Ureter !! Blase! Rektum
intra- & postoperative Blutungen
Transfusionsbedarf
Scheidenfundusinfiltrate



Intraoperative Komplikationen:	Zeitraum	OP-Zugang	Σ Hysterektomien	Σ Major Complications	Blase		Ureter		Darm		Sonstige		
					n	%	n	%	n	%	n	%	
QS OP Gyn Hessen	2003-2008	TLH+ABD+VAG	56.942	782	1,37%	323	0,57%	53	0,09%	152	0,27%	254	0,45%
QS OP Gyn KH Sachsenhausen	2003-2008	TLH+ABD+VAG	1.723	12	0,70%	9	0,52%	2	0,12%	0	0,00%	0	0,00%
QS OP Gyn BQS	2005-2008	TLH+ABD+VAG	511.453	8.170	1,60%	3525	0,69%	431	0,08%	1397	0,27%	2928	0,57%
TLH-Studie	2006-2008	TLH	421	5	1,19%	2	0,48%	1	0,24%	0	0,00%	2	0,48%
Härkki et al. 2001	1992-1999 1990-1995 Finnland	TLH	13.885	245	1,76%	68	0,49%	125	0,90%	20	0,14%	32	0,23%
		TLH	2.695	62	2,30%	24	0,89%	38	1,41%				
		ABD	36.000	72	0,20%	54	0,15%	18	0,05%				
		VAG	5.000	2	0,04%	1	0,02%	1	0,02%				
Cosson et al. 2001	Meta-analysis	TLH+ABD+VAG	18.199	994	5,46%	100	0,55%	8	0,04%	23	0,13%	863	4,74%
Malik et al. 1997	Metaanalyse	TLH	2.164	71	3,28%	25	1,16%	6	0,28%	4	0,18%	36	1,66%
Mäkinen et al. 2001		VAG	1.801	13	0,70%	4	0,20%	0	0,00%	9	0,50%		
		ABD	5.875	53	0,90%	29	0,50%	12	0,20%	12	0,20%		
		TLH	2.434	42	1,75%	32	1,30%	1	1,10%	10	0,40%		
McPherson et al. 2002	VALUE National hysterectomy study	TLH	1.153	70	6,07%	13	1,13%						
		VAG	11.087	341	3,08%	68	0,61%						
		ABD	23.681	884	3,73%	189	0,80%						
Lambaudie et al. 2000		VAG	1.248	38	3,04%	11	0,88%	0	0,00%	3	0,24%	24	1,92%
		ABD	166	18	10,84%	3	1,81%	0	0,00%	4	2,41%	11	6,63%
		LAVH	192	14	7,29%	1	0,52%	1	0,52%	2	1,04%	10	5,21%
Ben-Hur et al. 2000		TLH	1.648	11	0,67%								
Garry et al. 2004	eVALuate study	TLH	584	18	3,08%	12	2,05%	5	0,86%	3	0,17%		
		ABD	292	6	2,05%	3	1,03%	0	0,00%	3	1,03%		
		VAG	336	4	1,19%	3	0,89%	1	0,30%	0	0,00%		
Johnson et al. 2005	Methods of Hysterectomy Meta-analysis	TLH	1.099	2	0,18%	30	2,73%						
		ABD	813	7	0,86%	7	0,86%						
		TLH	487	7	1,44%	7	1,44%						
Chapron et al. 1999	French Multicenter Study	ABD	94	2	2,13%	1	1,06%	0	0,00%	1	1,06%		
		VAG	110	1	0,91%	1	0,91%	0	0,00%	0	0,00%		
		TLH	31	1	3,23%	1	3,23%	0	0,00%	0	0,00%		
Altgassen et al. 2005		VAG	735	8	1,09%	6	0,82%	0	0,00%	1	0,14%	1	0,14%
		LAVH	929	18	1,94%	7	0,75%	1	0,11%	6	0,65%	4	0,43%
Ottosen et al. 2000	prospectiv randomised	ABD	40	2	5,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	5,00%
		VAG	40	3	7,50%	1	2,50%	0	0,00%	0	0,00%	2	5,00%
		TLH	40	1	2,50%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	2,50%
Saleh et al. 2008		TLH	141	8	5,67%	1	0,71%	3	2,13%	0	0,00%	4	2,84%
		LH	103	3	2,91%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	2,91%
		LAVH	13	3	23,08%	1	7,69%	0	0,00%	0	0,00%	2	15,38%
Cochrane-Review (Johnson) 2004		LH	1.167	36	3,08%	21	1,80%	9	0,77%	1	0,09%	5	0,43%
		ABD	878	19	2,16%	6	0,68%	2	0,23%	3	0,34%	8	0,91%
		LH	487	20	4,11%	6	1,23%	1	0,21%	0	0,00%	13	2,67%
		VAG	336	7	2,08%	5	1,49%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,60%
Brummer et al. 2008	prospective cohort	TLH	1697	29	1,73%	17	1,01%	5	0,30%	7	0,42%		
		ABD	1255	18	1,44%	11	0,88%	4	0,32%	3	0,24%		
		Vag	2345	17	0,73%	14	0,60%	1	0,04%	2	0,09%		
Jin Na et al. 2008	retrospective	TLH	200	3	1,50%	1	0,50%	1	0,50%	1	0,50%		
Waters et al. 2008	retrospectiv	TLH	250	2	0,80%	1	0,40%						



Intra-operative Komplikationen („Metaanalyse“):

	Summe	Blase	Ureter	Darm	n=
AH	1,23 %	0,33 %	0,26 %	0,64 %	69.364
VH	0,73 %	0,23 %	0,01 %	0,49 %	20.772
TLH	2,16 %	0,78 %	0,95 %	0,43 %	26.556
Σ	1,33 %	0,37 %	0,37 %	0,55 %	116.692

6 Studien: NICE, Mäkinen, Brummer, Härrki, Garry, Cochrane)

	Summe	Blase	Ureter	Darm	n=
Σ	1,60 %	0,69 %	0,10 %	0,27 %	511.453

BQS 2003-2008



Post-operative Komplikationen

	Summe	Allg.	Blutung	Sonstige	n=
AH	8,00 %	4,00 %	2,10 %	1,90 %	5.872
VH	9,20 %	4,60 %	3,10 %	1,50 %	1.801
TLH	9,40 %	4,70 %	2,70 %	2,00 %	2.434
Σ	8,55 %	0,12 %	0,71 %	5,30 %	10.107

Mäkkinen 2001

	Summe	Ileus	Blutung	Sonstige	n=
Σ	6,10 %	0,12 %	0,71 %	5,30 %	511.453

BQS 2003-2008

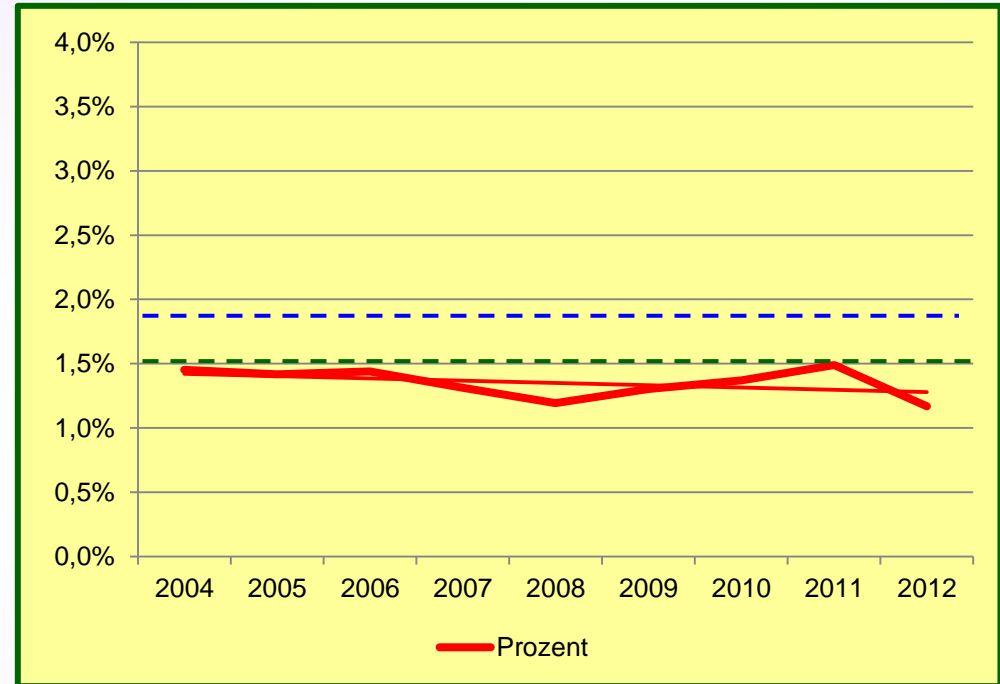
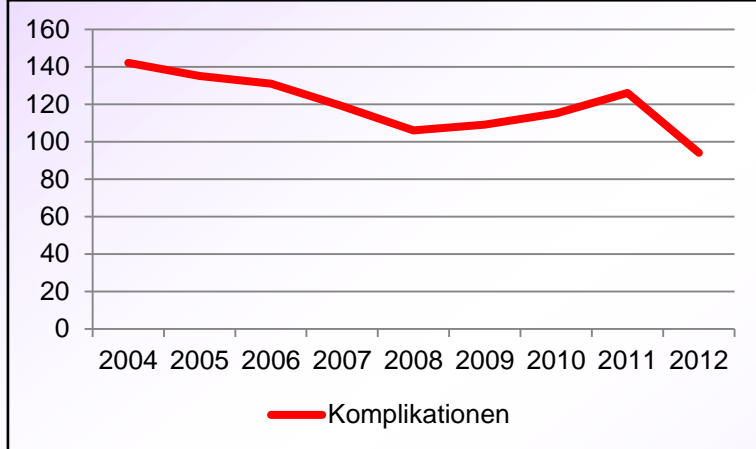
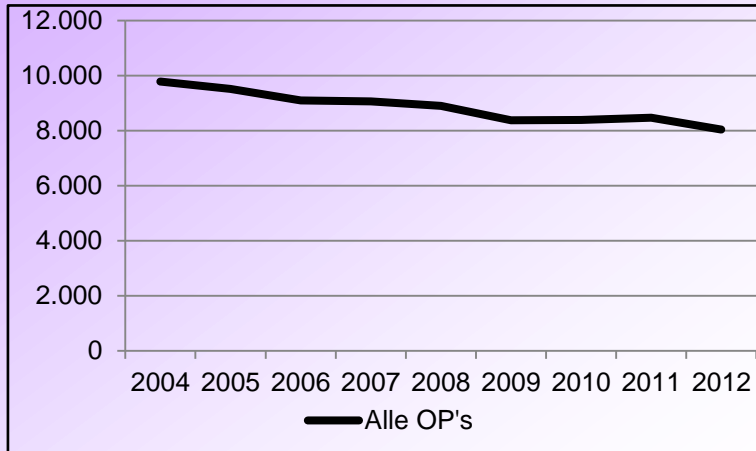


		2011	2012			
QI-ID	Bezeichnung des Indikators	Ergebnis	Ergebnis	Fälle (Patientinnen)		Tendenz
				Zähler	Nenner	
Indikatorengruppe		Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen				
51417	Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	0,5 %	0,5 %	607	110.440	→
51418	Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	0,4 %	0,4 %	233	58.807	→
Indikatorengruppe		Organverletzungen bei Hysterektomie				
553	Organverletzungen bei Hysterektomie	1,5 %	1,4 %	1.858	130.421	→
557	Organverletzungen bei Hysterektomie bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	1,0 %	0,8 %	530	62.677	→
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	1,6 %	1,6 %	645	40.388	→
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	15,4 %	13,6 %	2.419	17.843	↗
612	Organerhaltung bei Ovareingriffen	90,2 %	90,5 %	28.474	31.467	→
Indikatorengruppe		Konisation				
665	Konisation bei Ektopie oder Normalbefund	4,1 %	3,5 %	278	8.025	→
666	Fehlende postoperative Histologie nach Konisation	0,6 %	0,7 %	53	8.078	→
235	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	96,7 %	96,4 %	125.681	130.421	↘
672	Hysterektomie bei Patientinnen ohne malignen Befund und einem Alter unter 35 Jahren	2,2 %	2,3 %	2.524	110.956	→



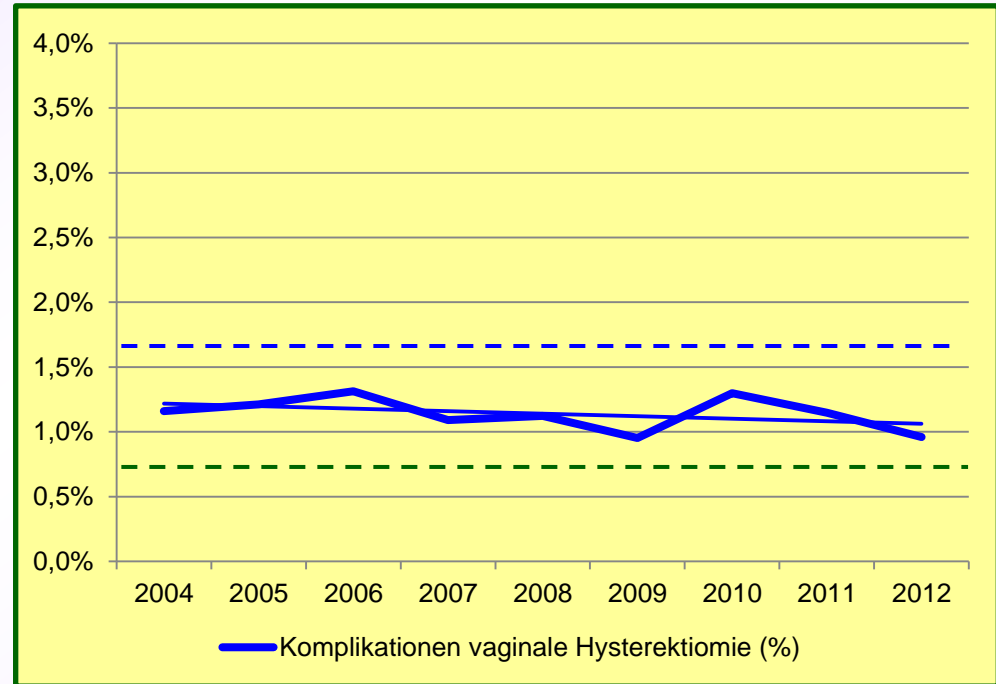
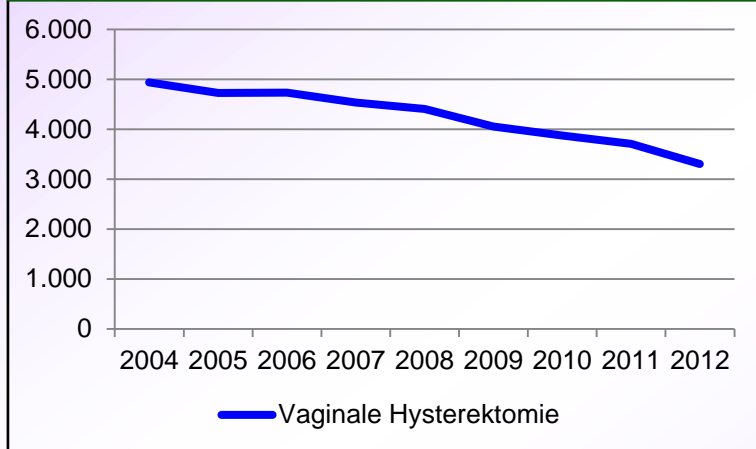
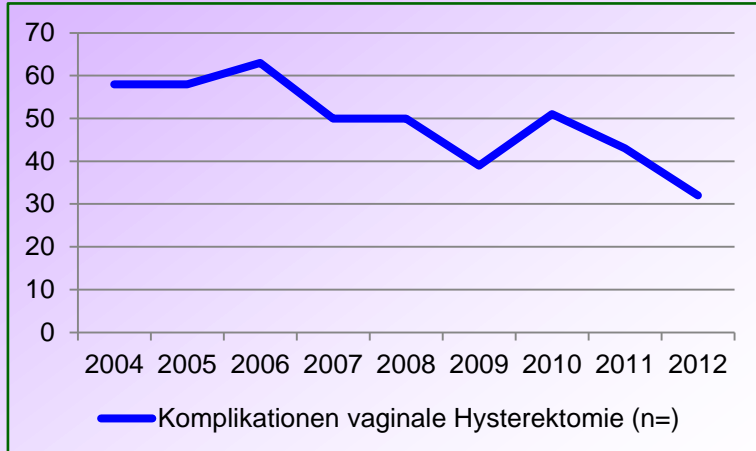
Intra-operative Komplikationen





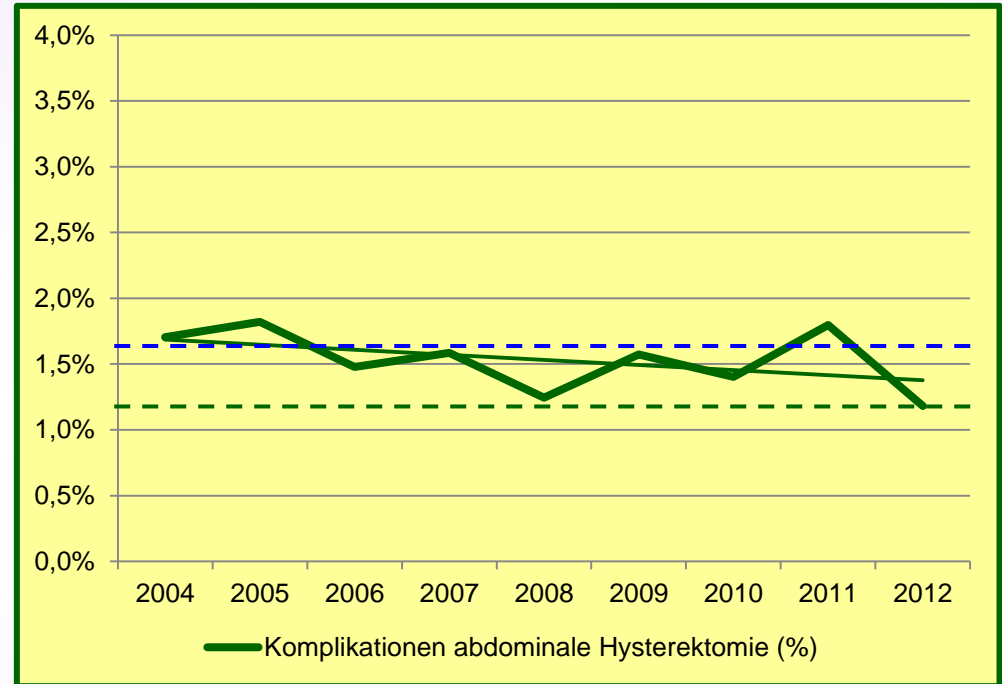
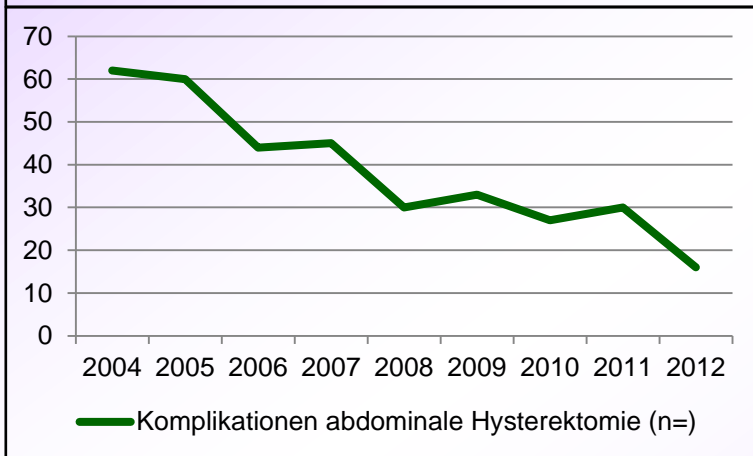
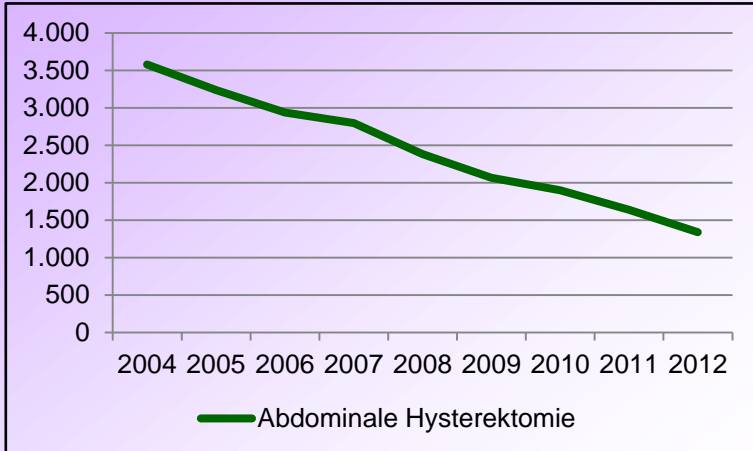
----- Metaanalyse
- - - - - BQS 2003- 2008





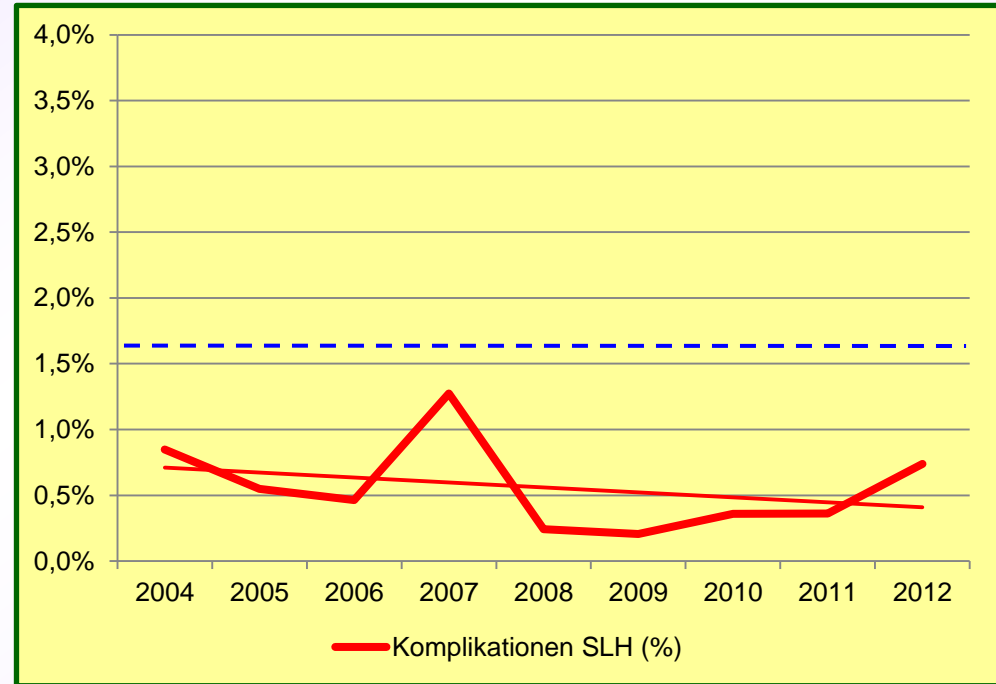
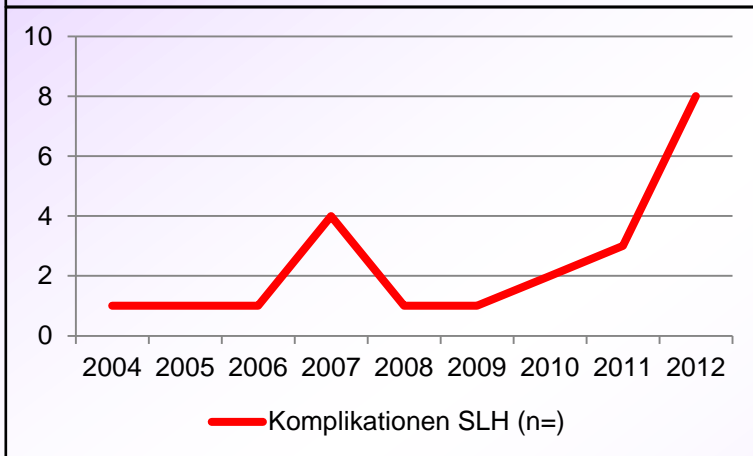
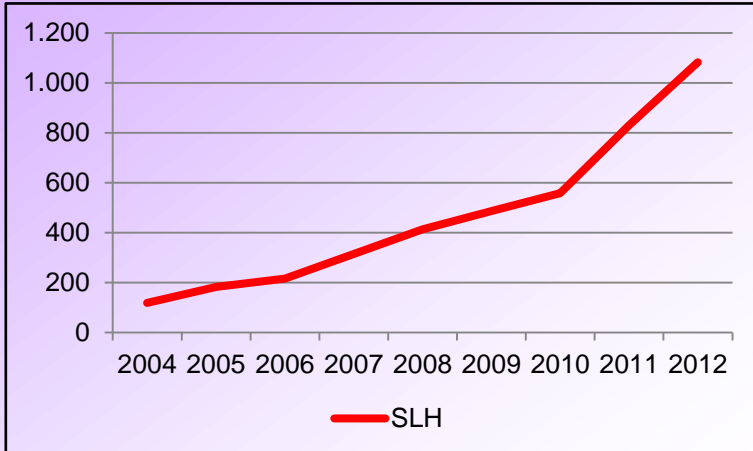
--- Metaanalyse
--- BQS 2003- 2008





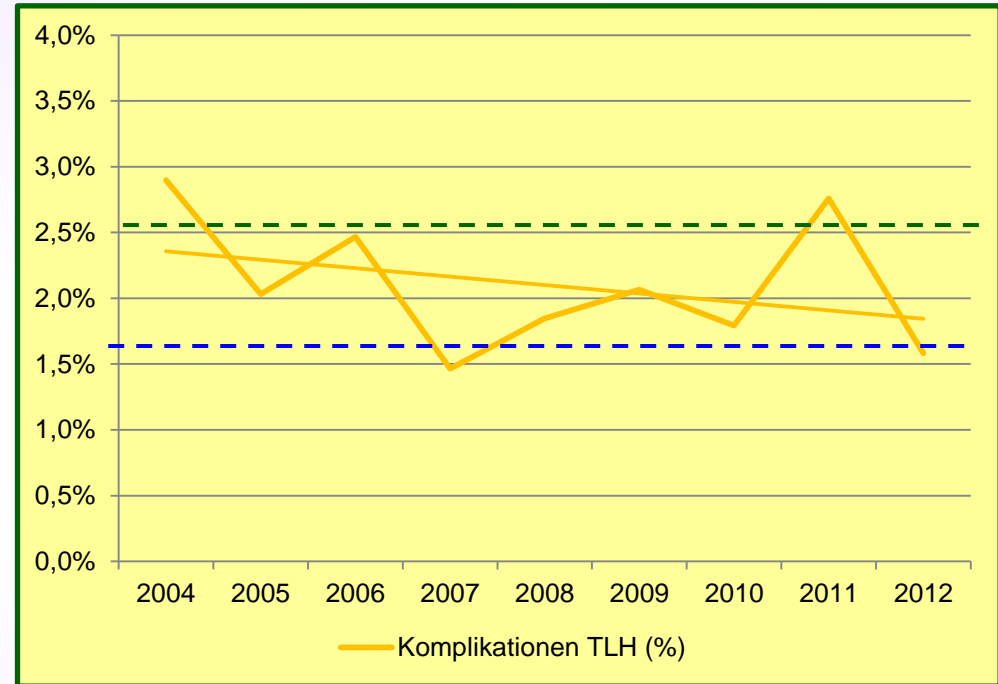
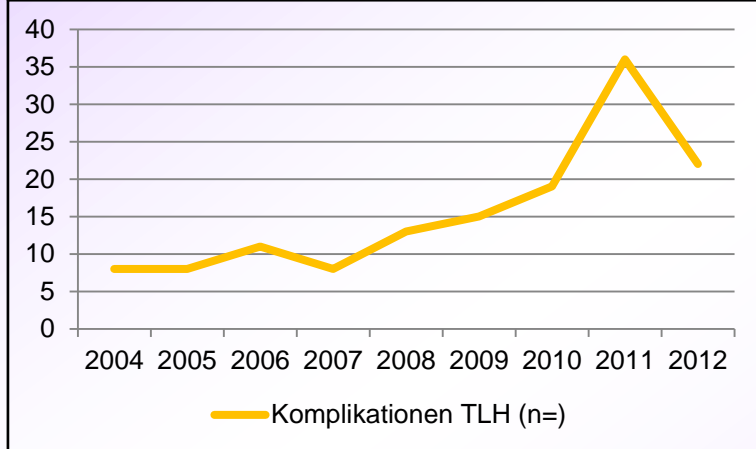
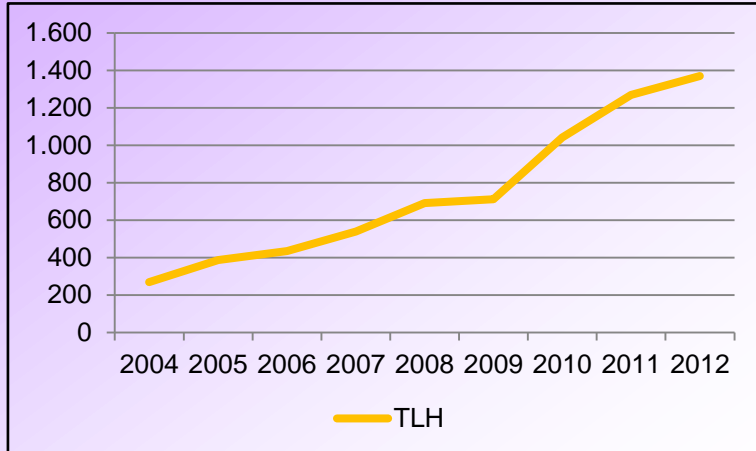
- - - - - Metaanalyse
- - - - - BQS 2003- 2008





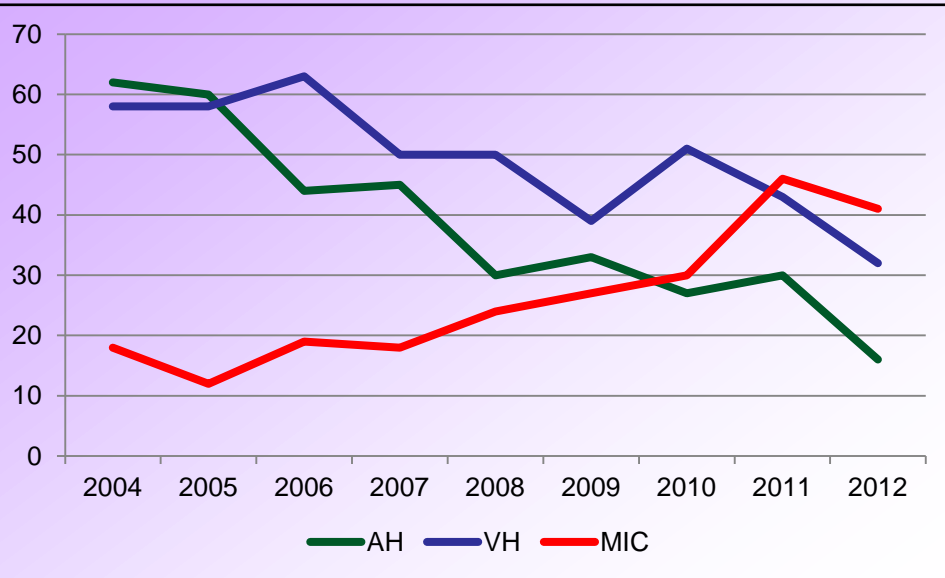
--- BQS 2003- 2008





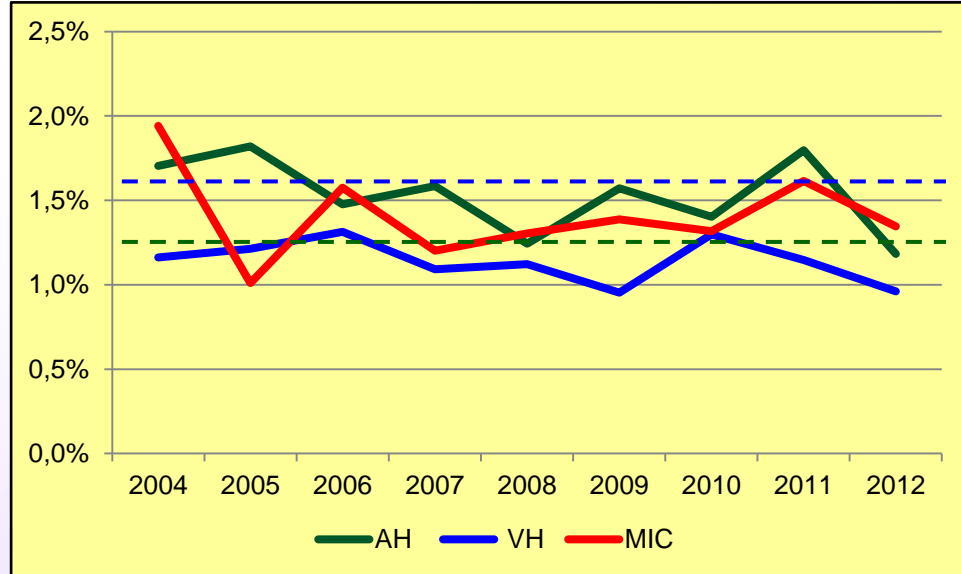
----- Metaanalyse
----- BQS 2003- 2008





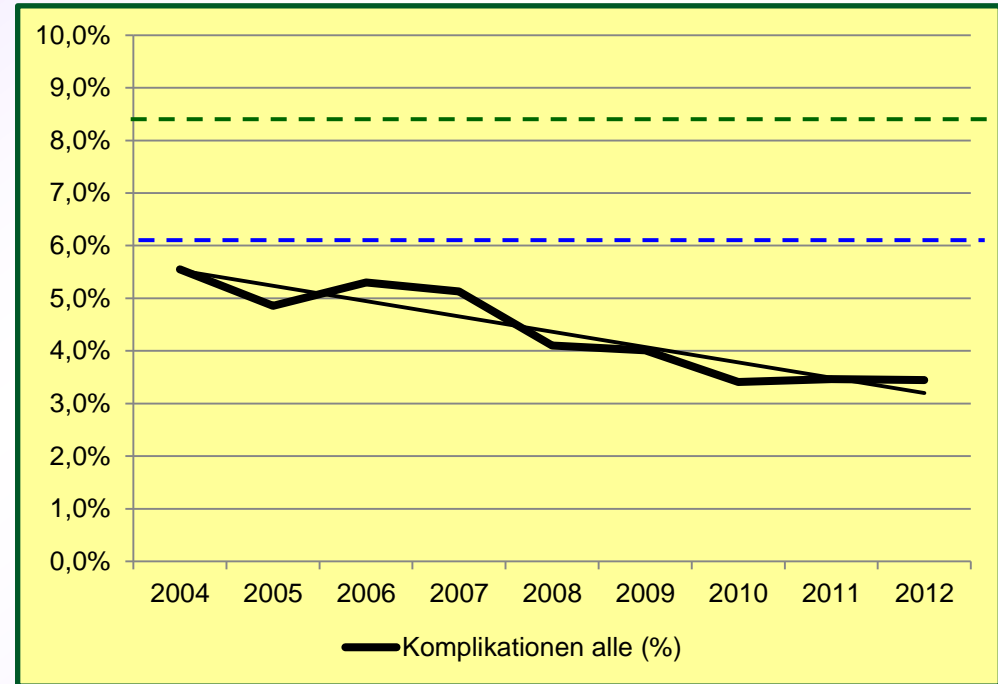
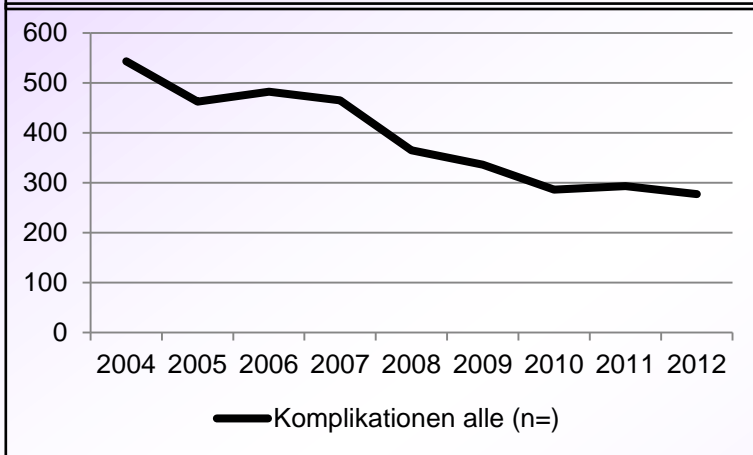
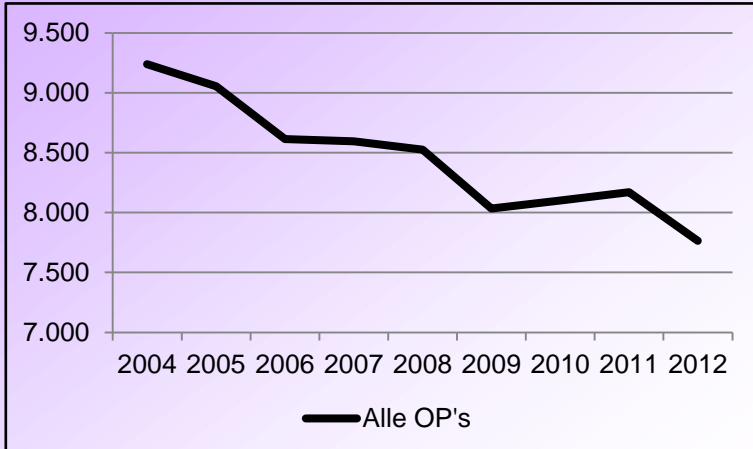
MIC vs. konventionell

- Metaanalyse
- BQS 2003- 2008



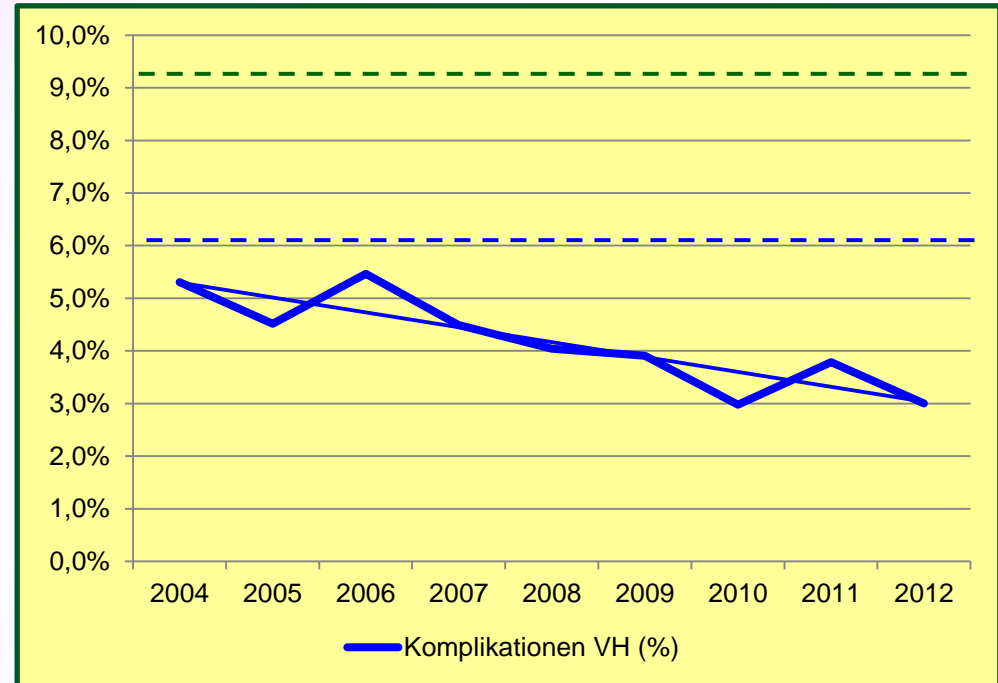
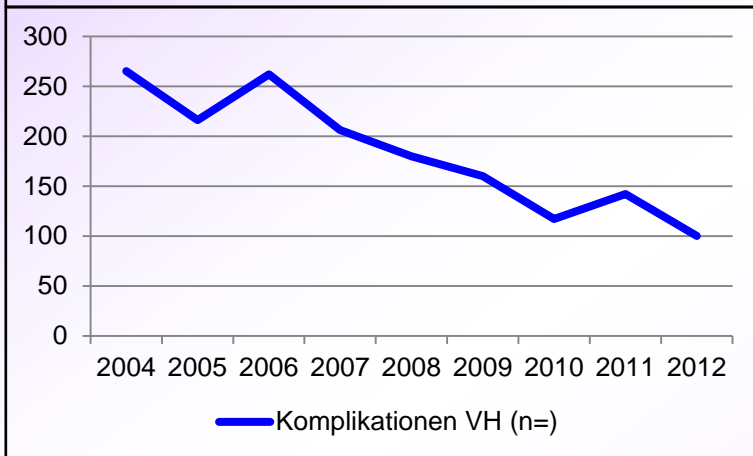
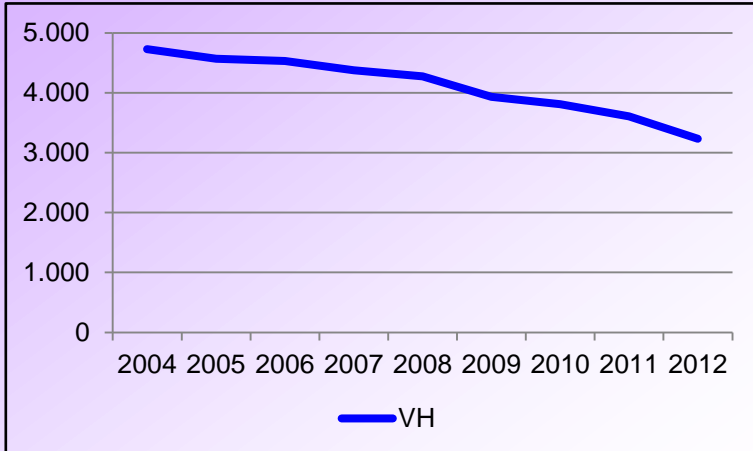
Post-operative Komplikationen





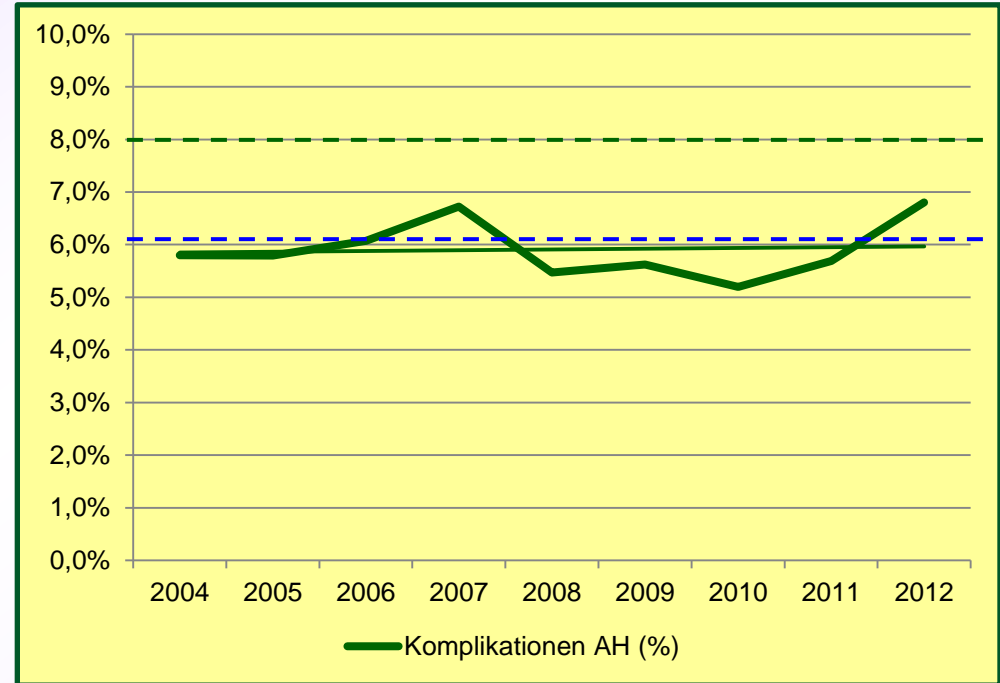
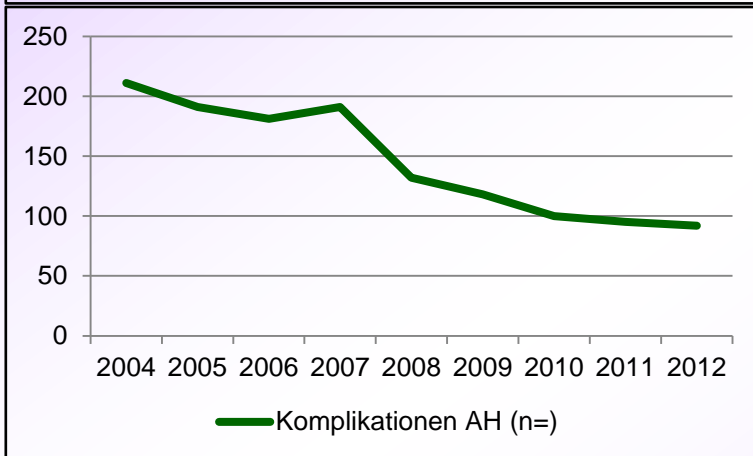
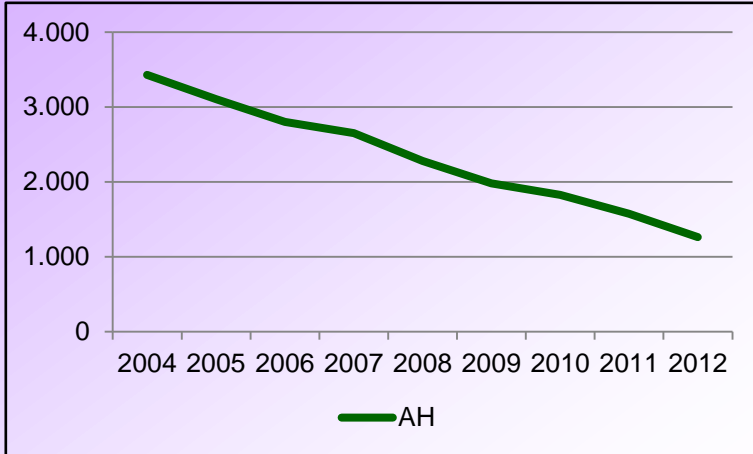
- Metaanalyse
- BQS 2003- 2008





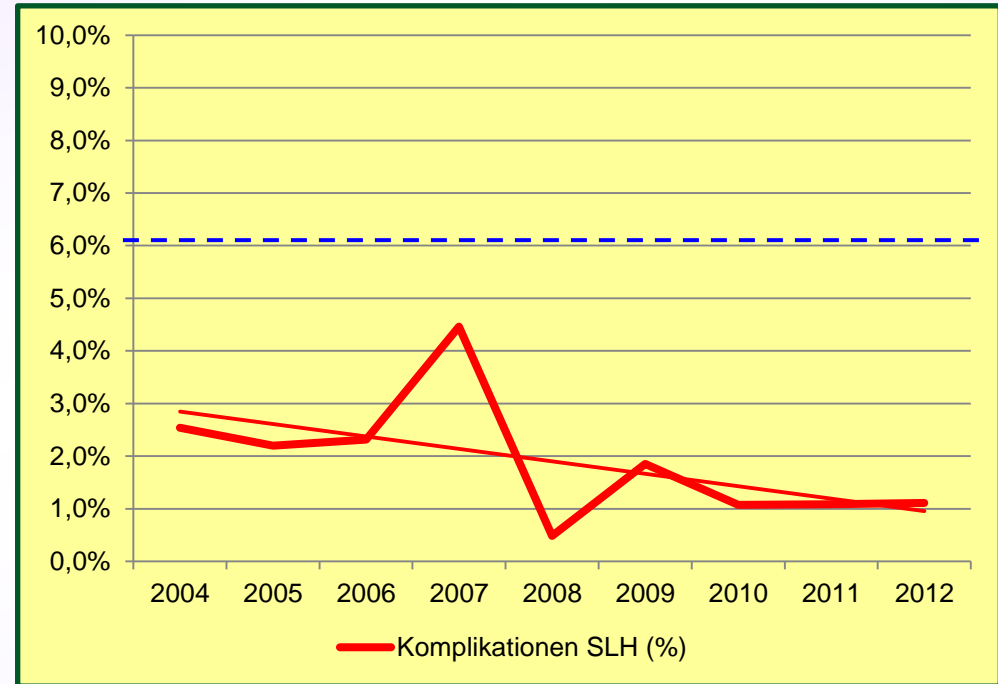
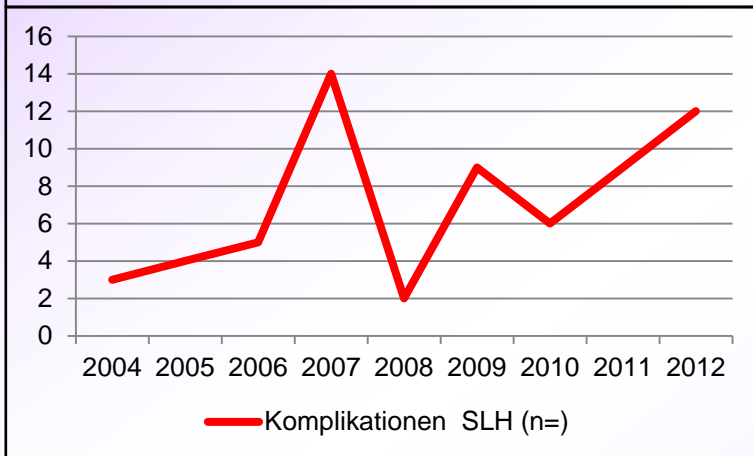
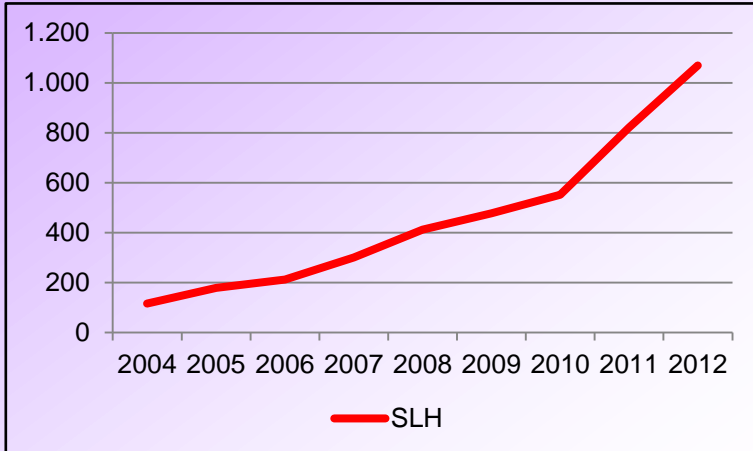
--- Metaanalyse
--- BQS 2003- 2008





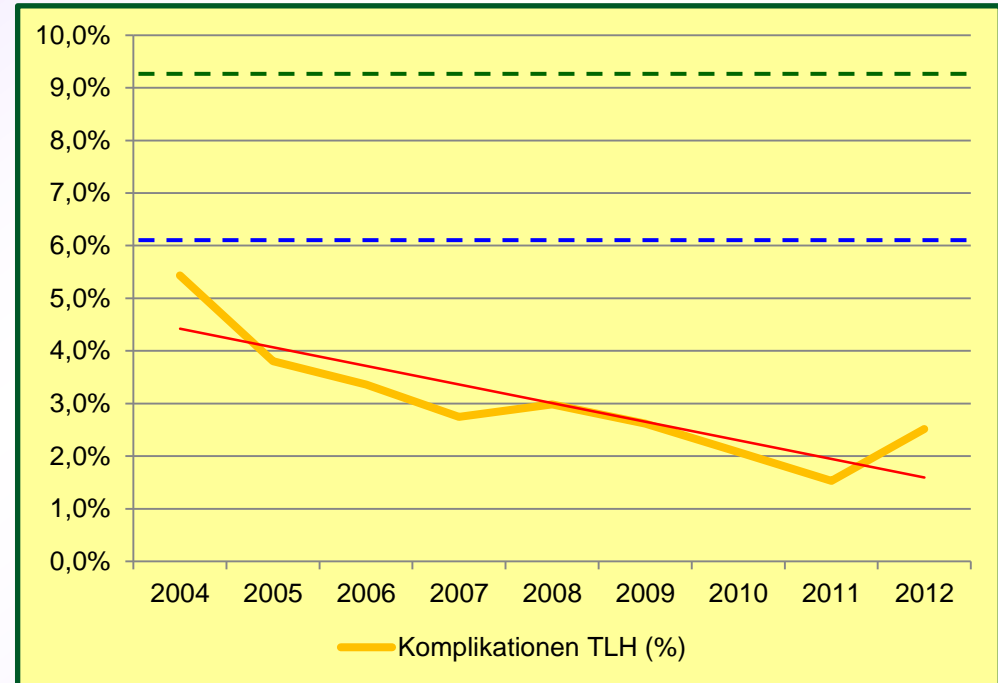
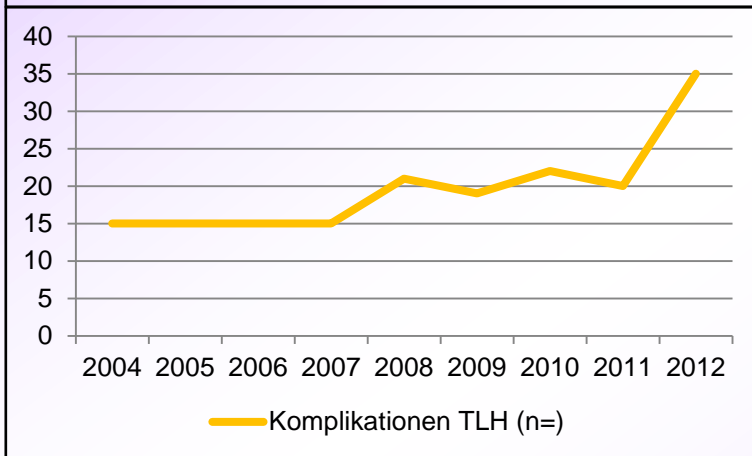
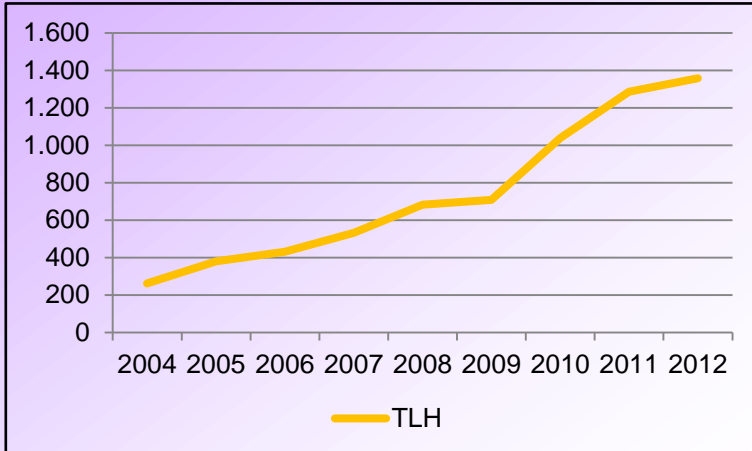
- - - - - Metaanalyse
- - - - - BQS 2003- 2008





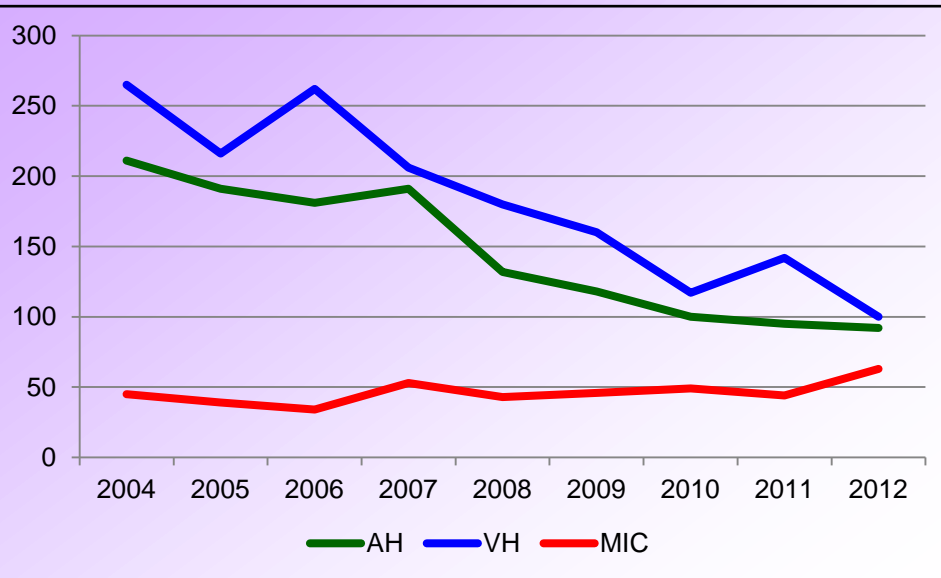
--- BQS 2003- 2008





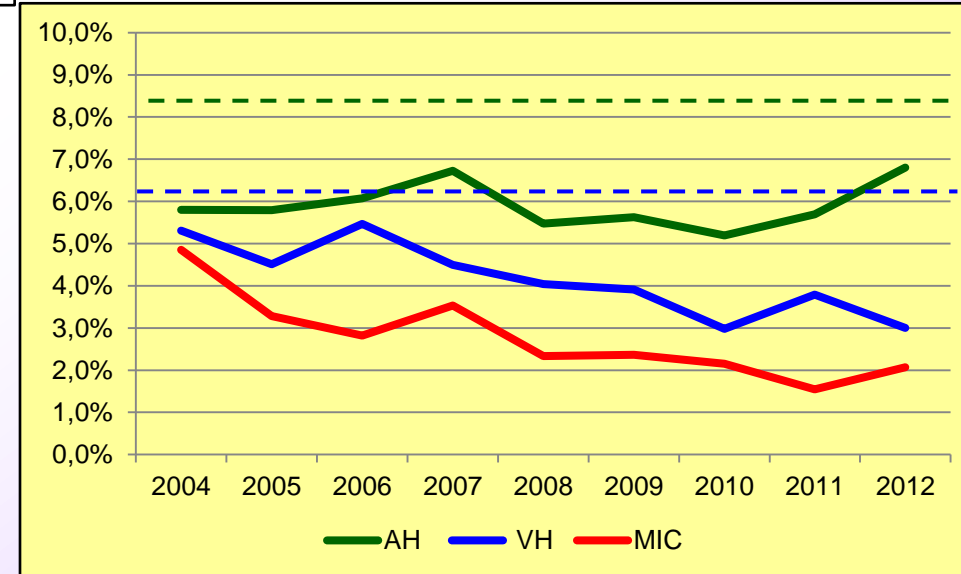
- - - - - Metaanalyse
- - - - - BQS 2003- 2008





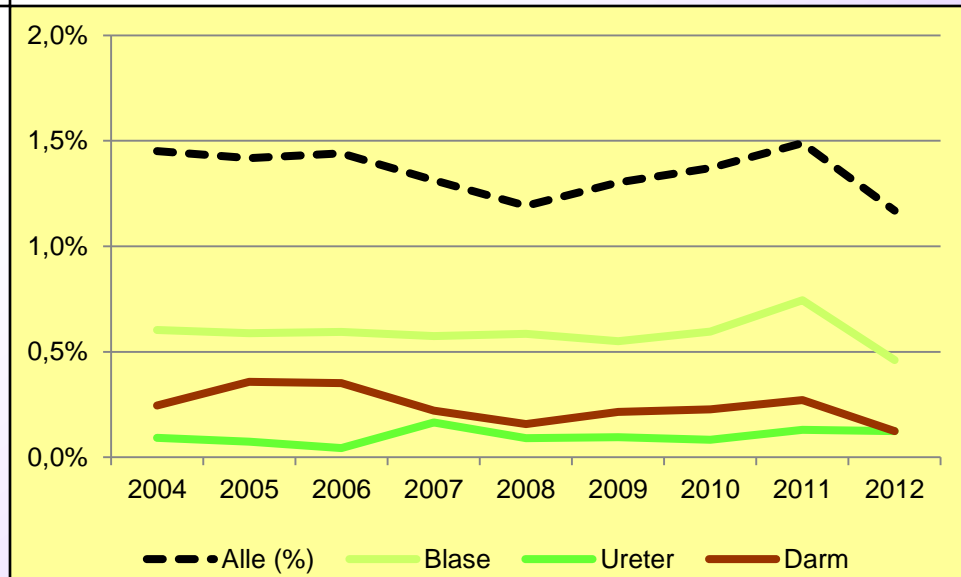
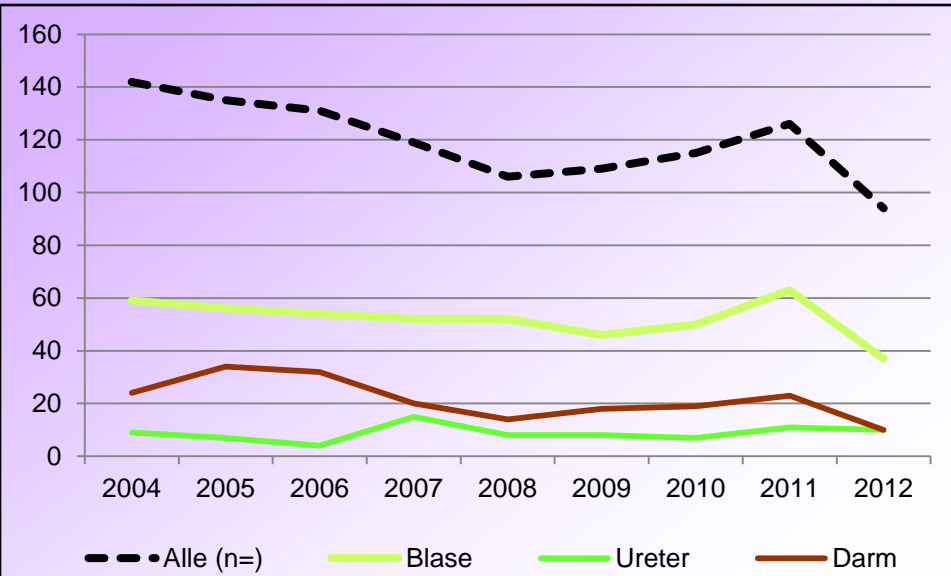
MIC vs. konventionell

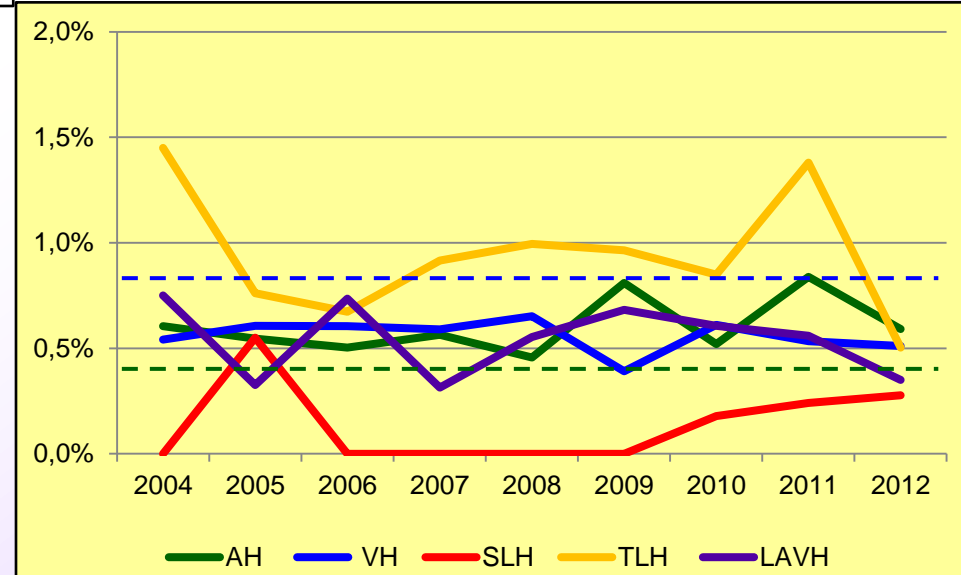
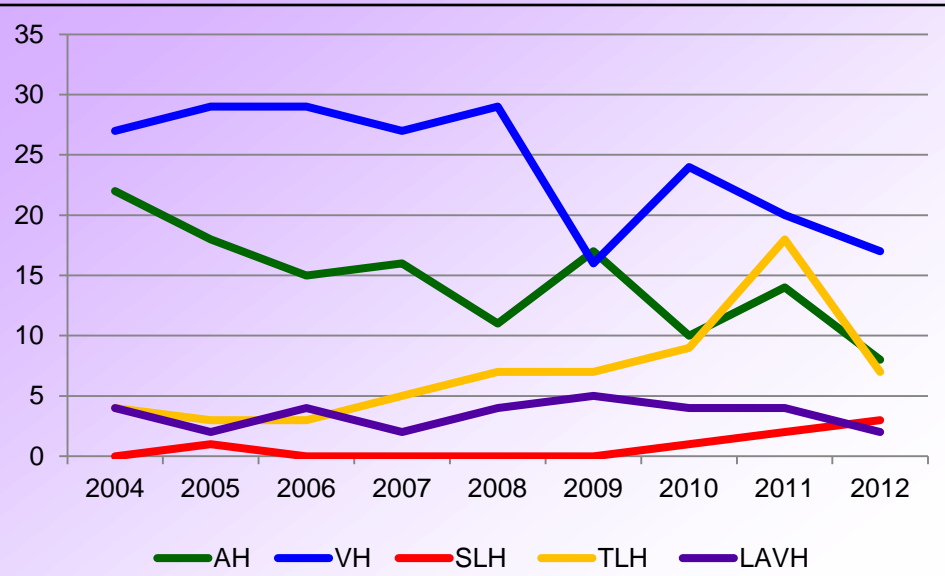
- Metaanalyse
- BQS 2003- 2008



Organbezogene Komplikationen

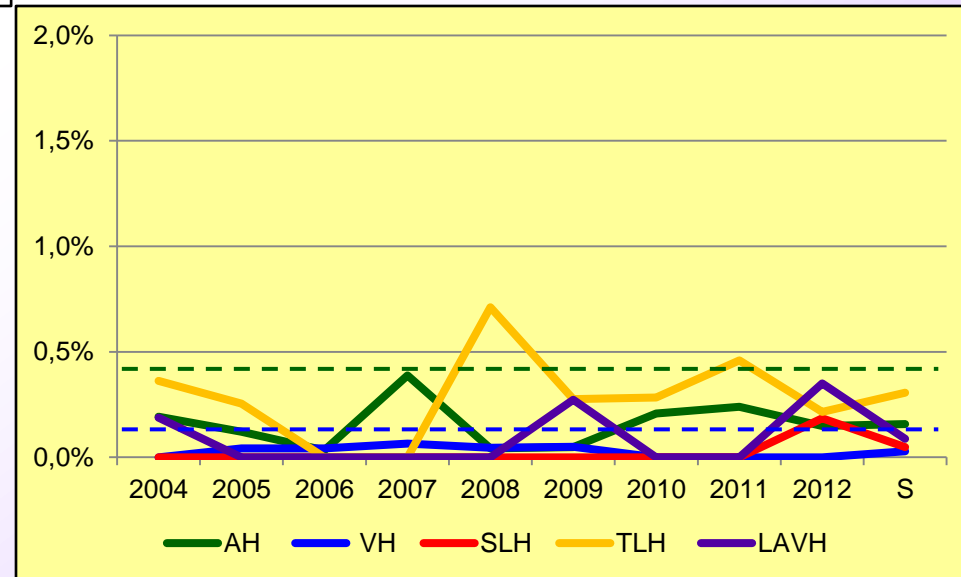
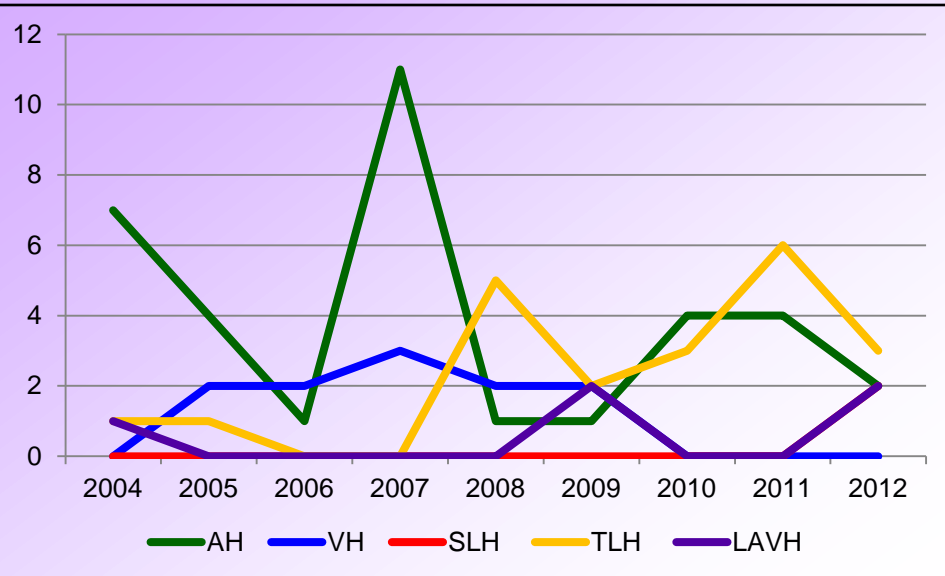






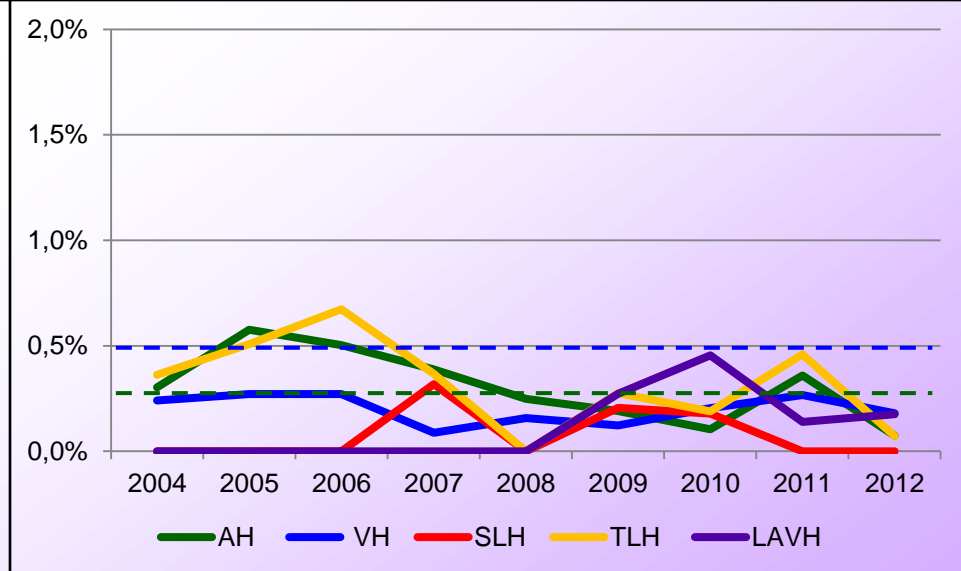
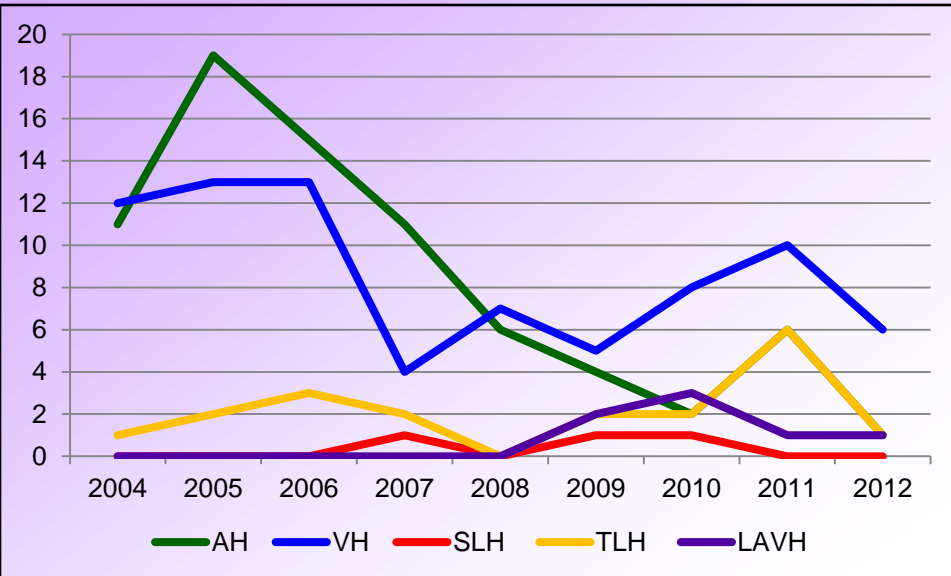
- - - Metaanalyse
- - - BQS 2003- 2008





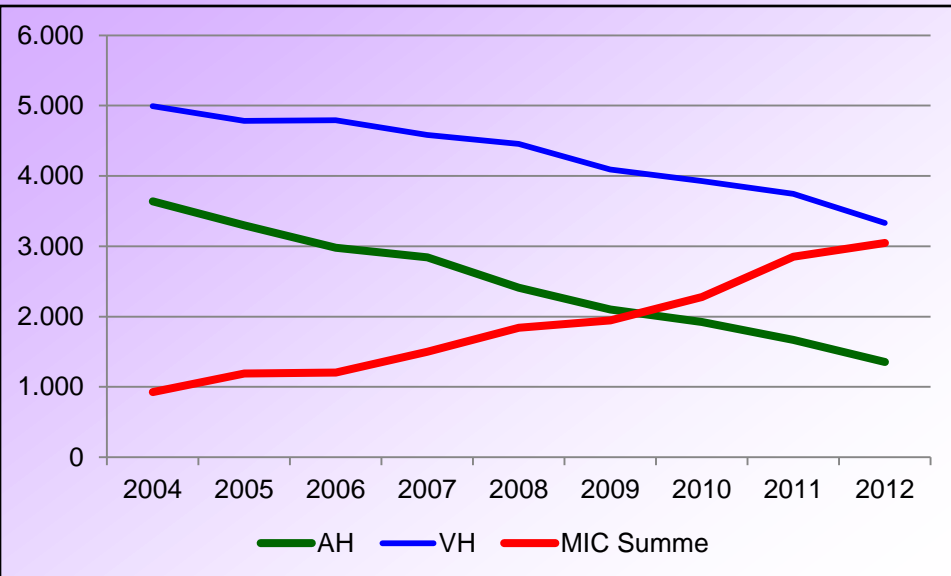
- - - Metaanalyse
- - - BQS 2003- 2008





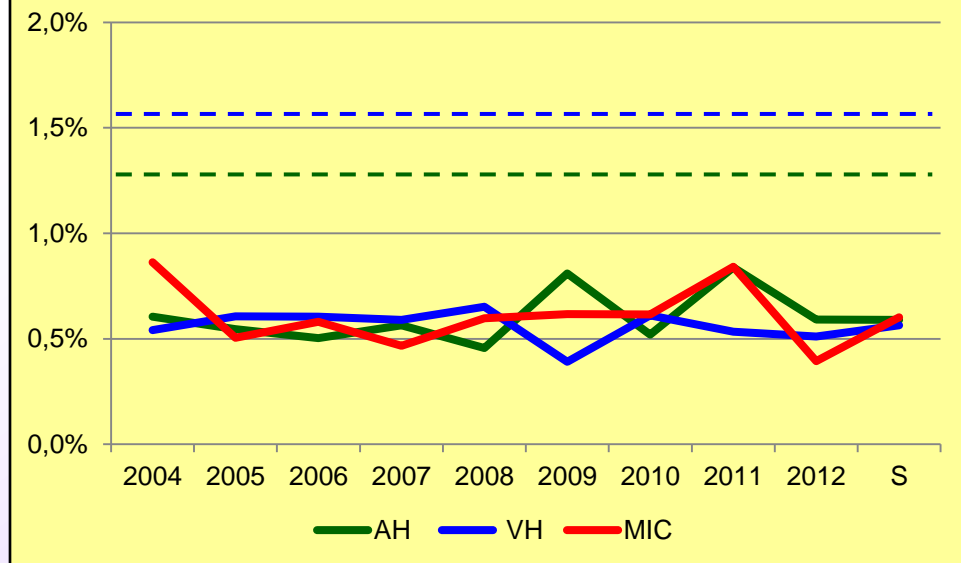
- - - Metaanalyse
- - - BQS 2003- 2008





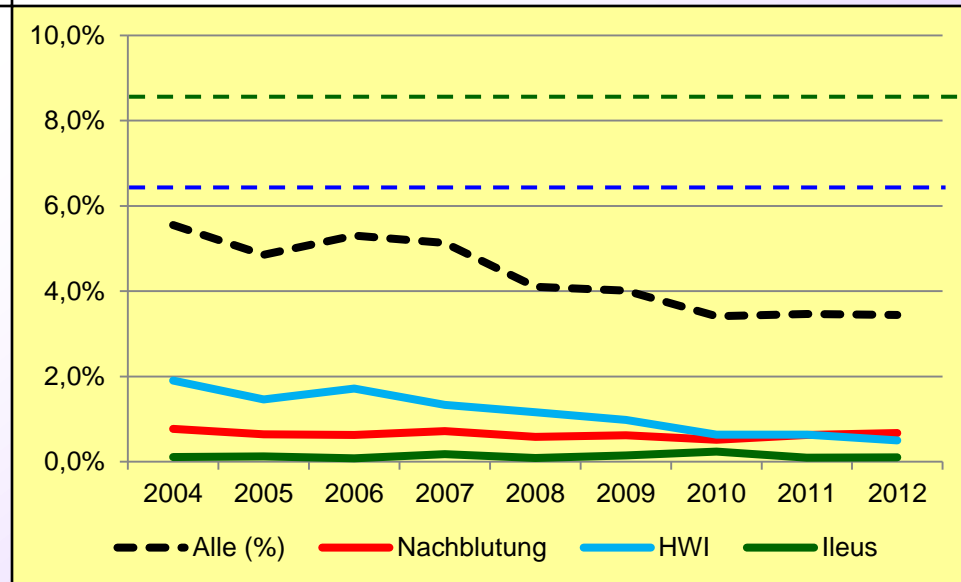
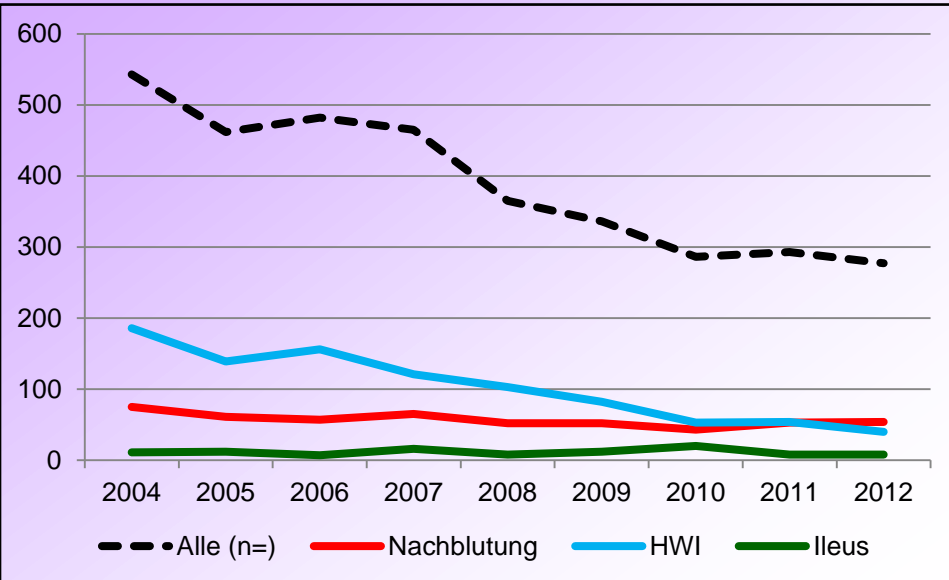
MIC vs. konventionell

- Metaanalyse
- BQS 2003- 2008



Post-operative Morbidität



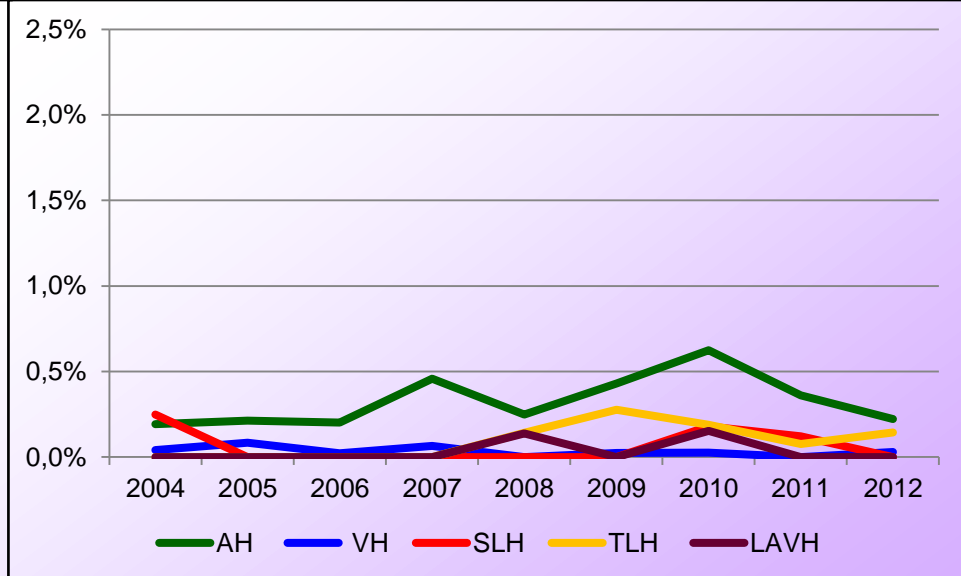
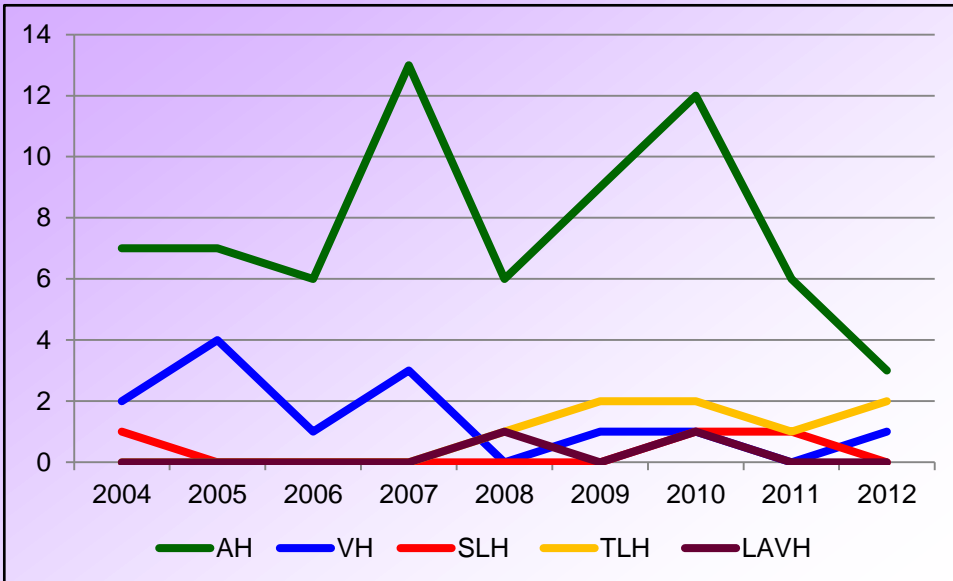


- - - Metaanalyse
- - - BQS 2003- 2008



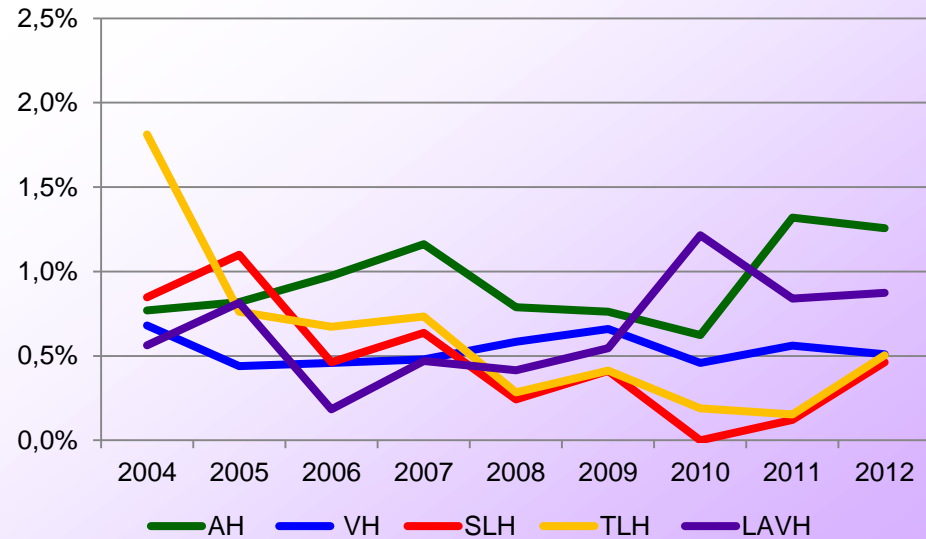
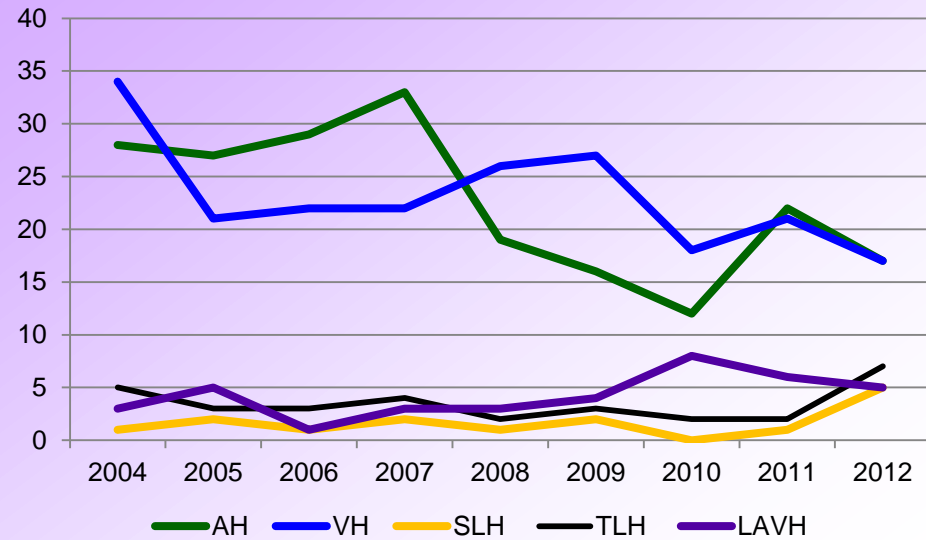
Hysterektomie

Postoperative Morbidität: Ileus



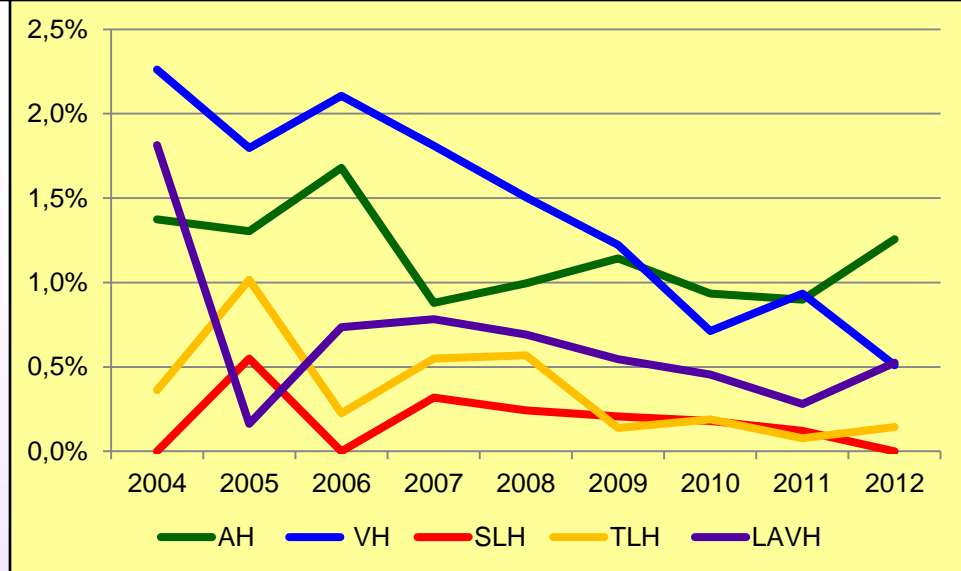
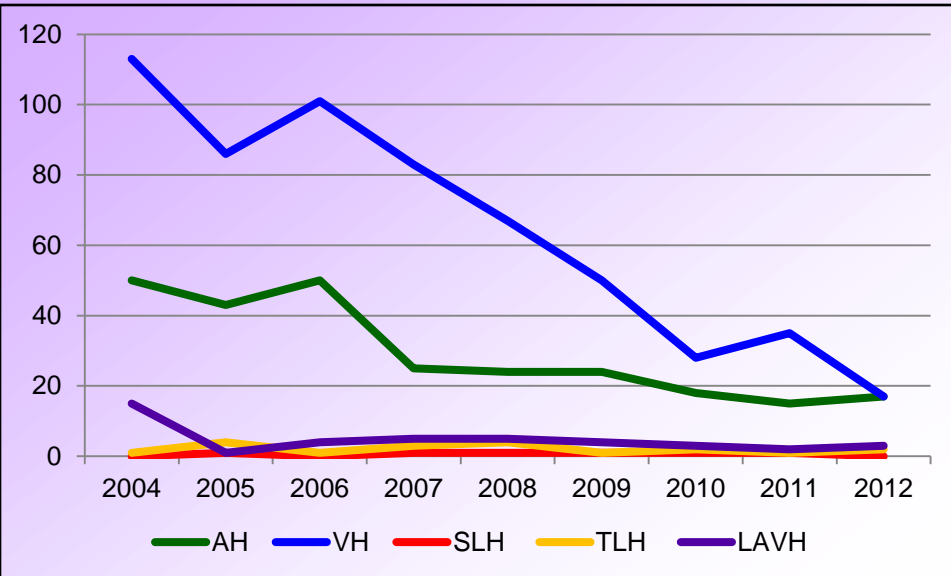
Hysterektomie

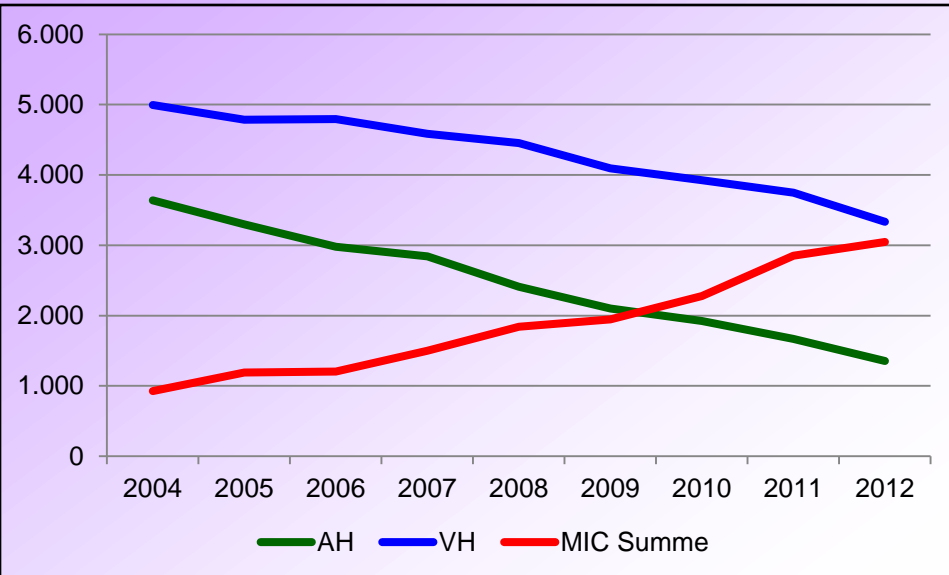
Postoperative Morbidität: Nachblutung (Revision)



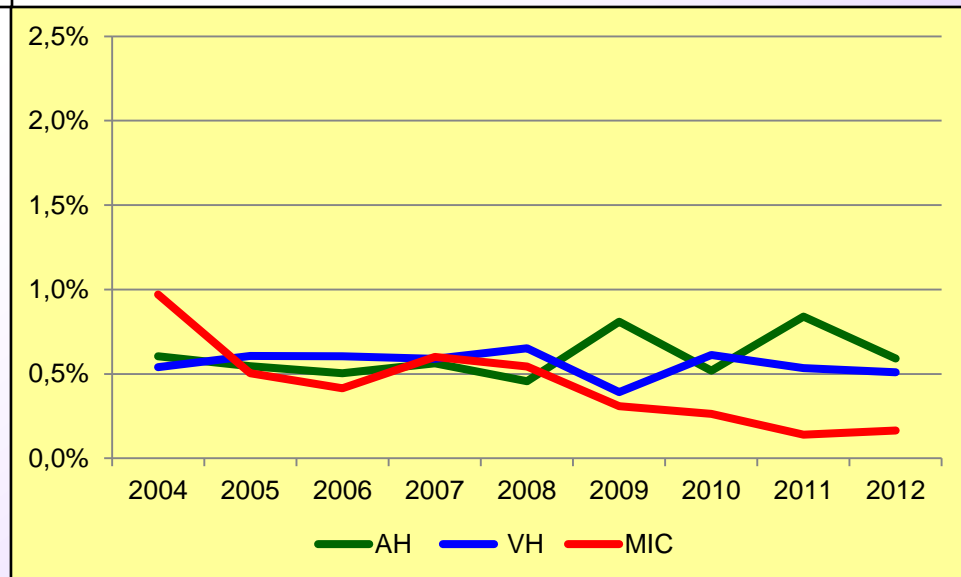
Hysterektomie

Postoperative Morbidität: HWI



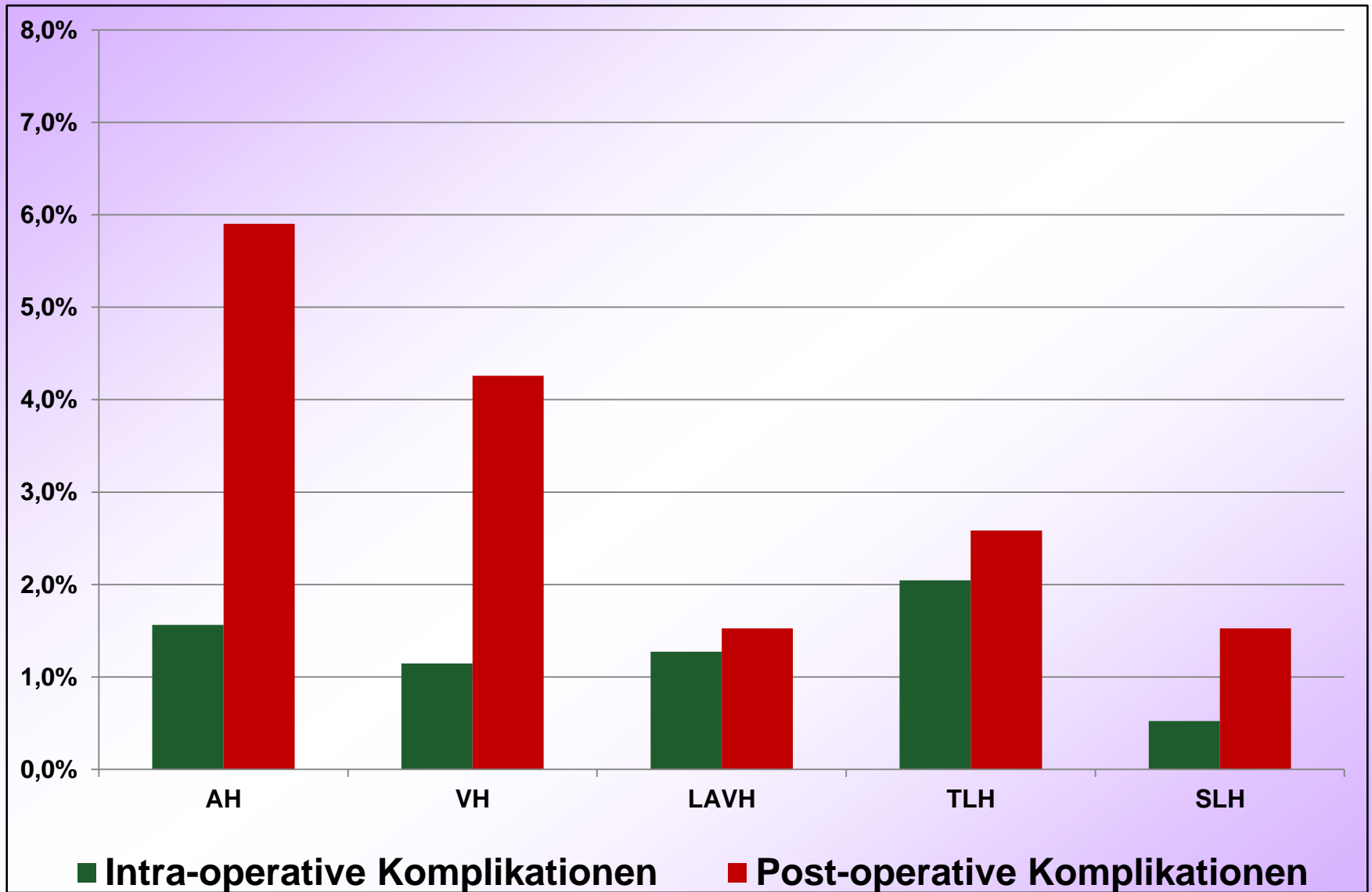


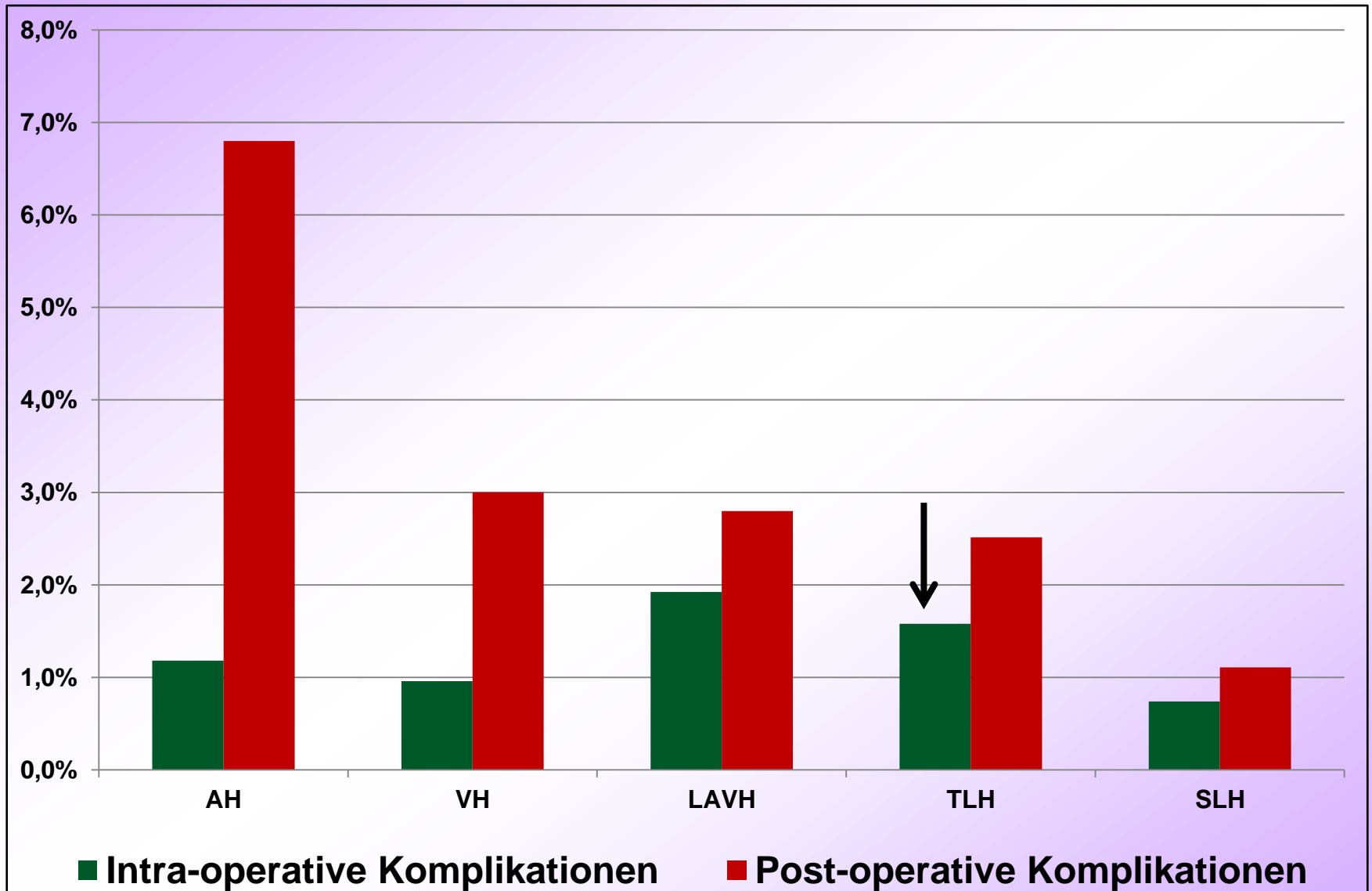
MIC vs. konventionell



Übersicht





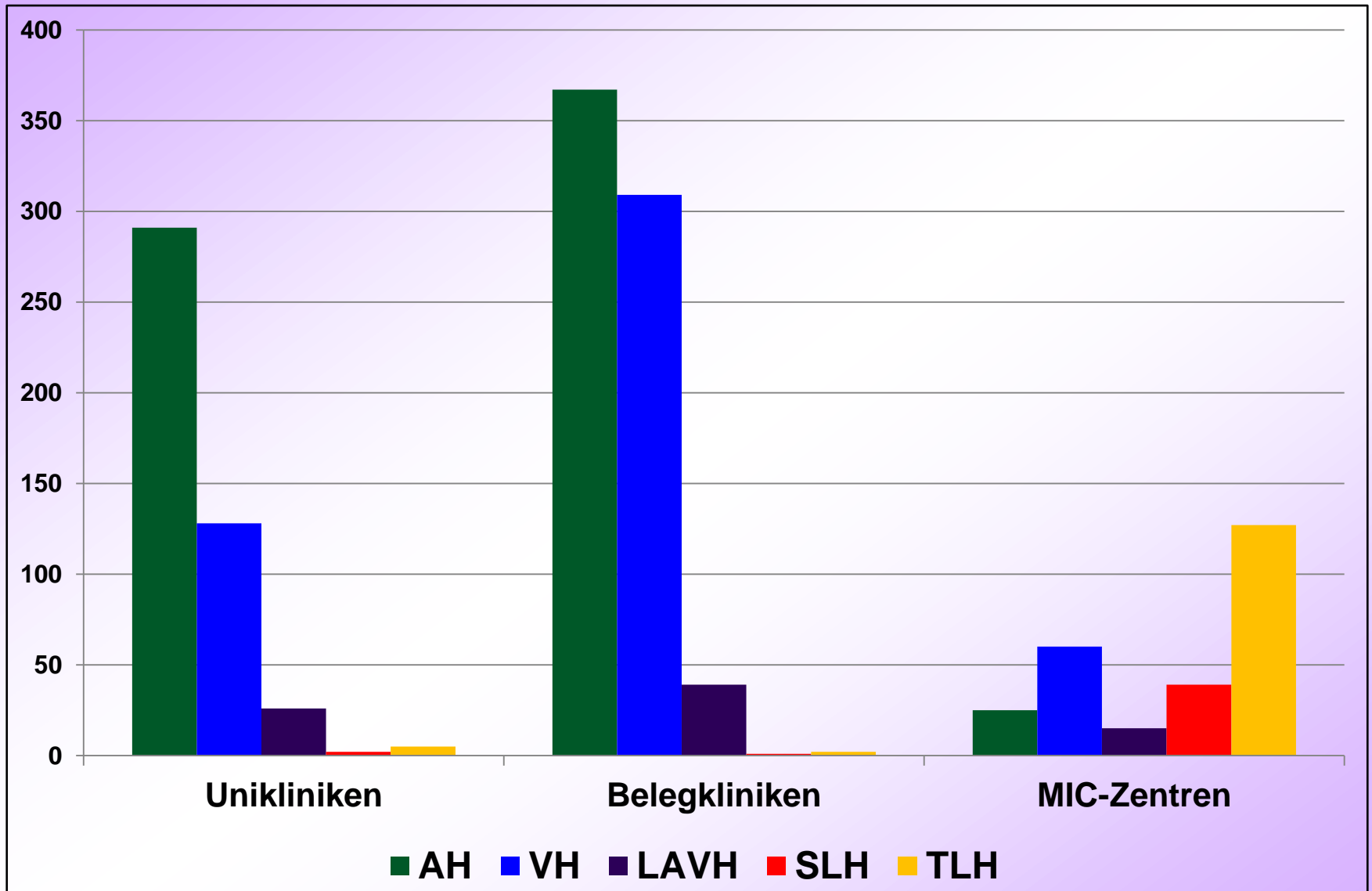


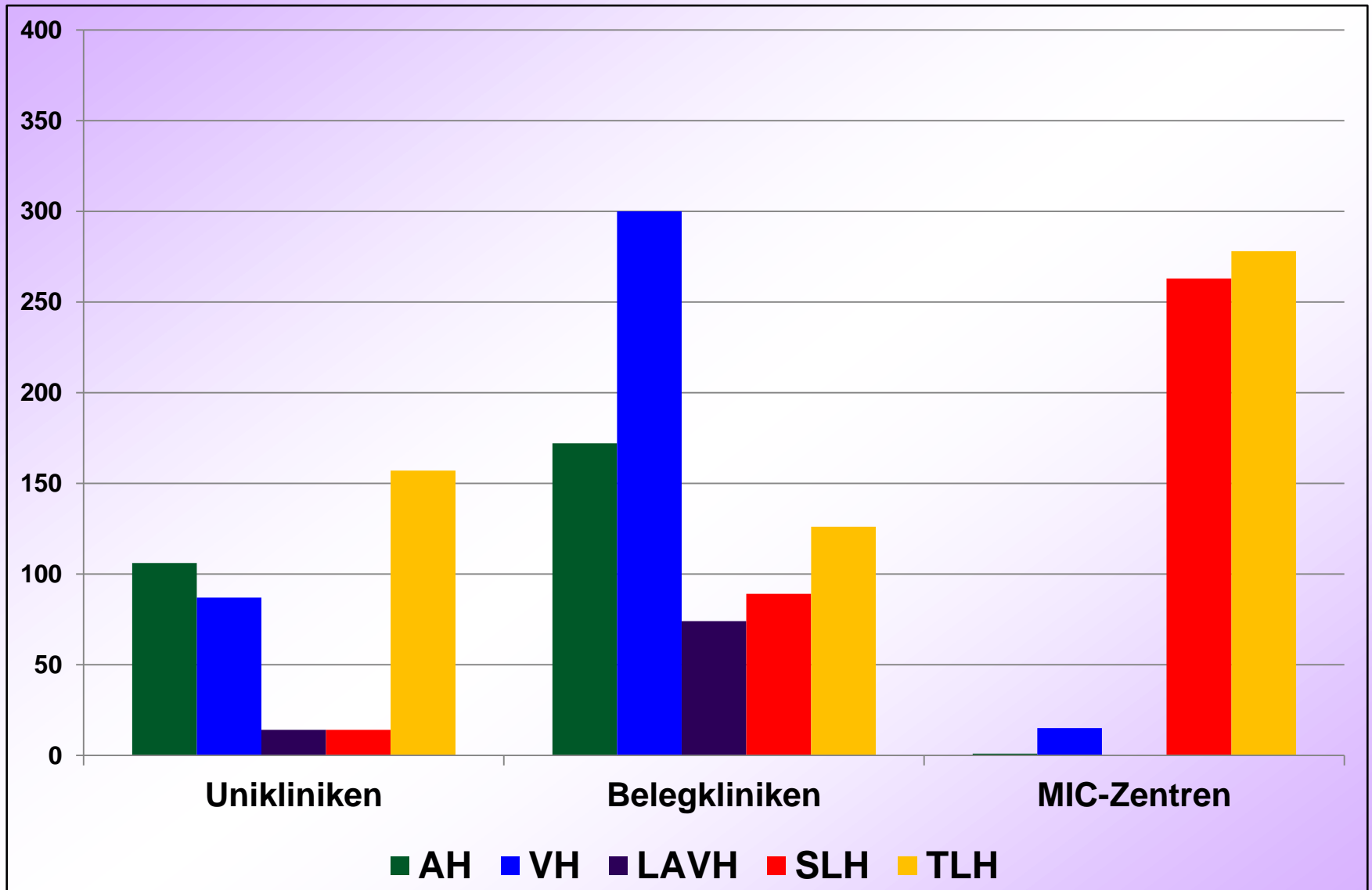
Die Hysterektomie und die Klinikstrukturen

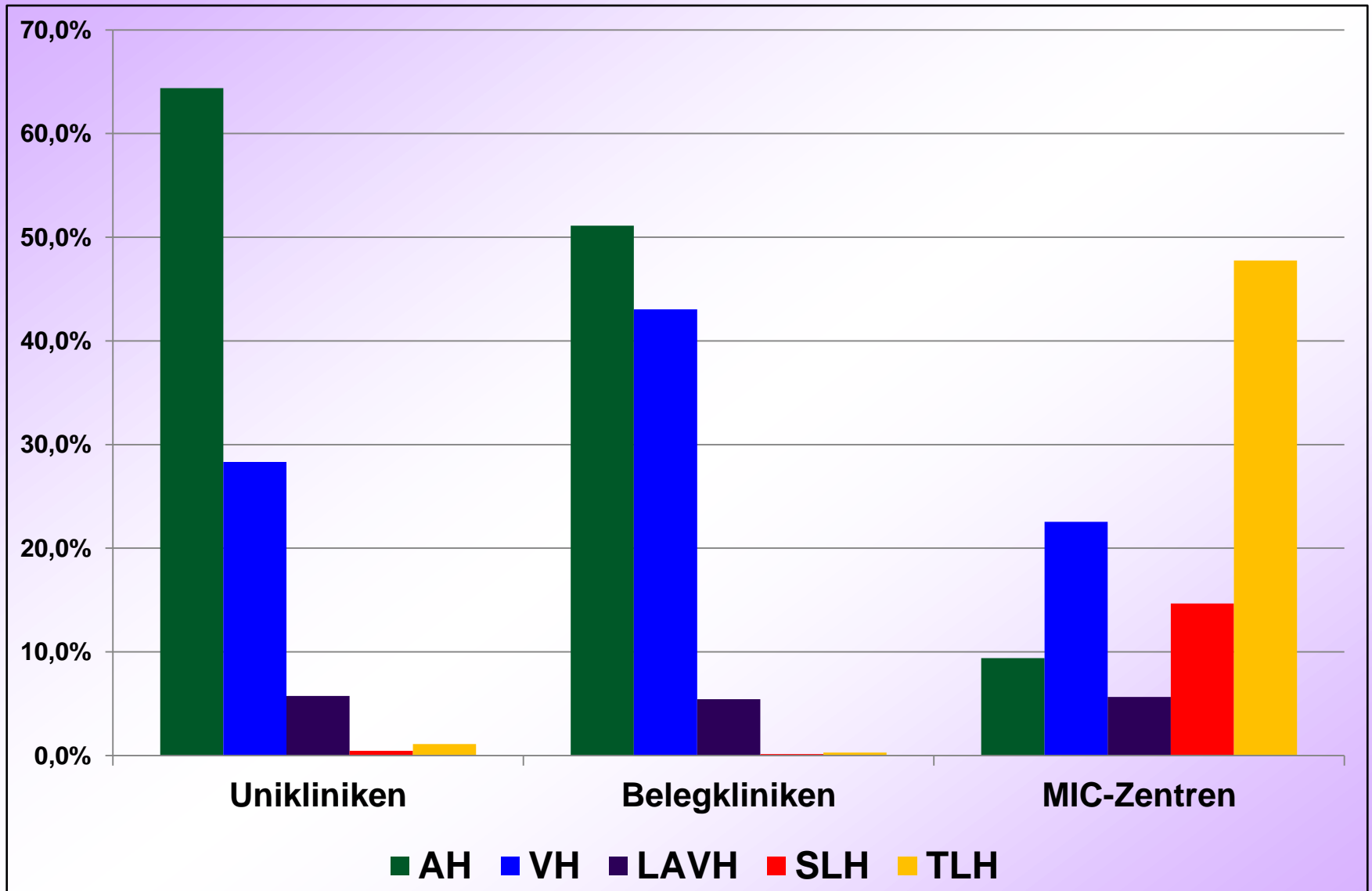


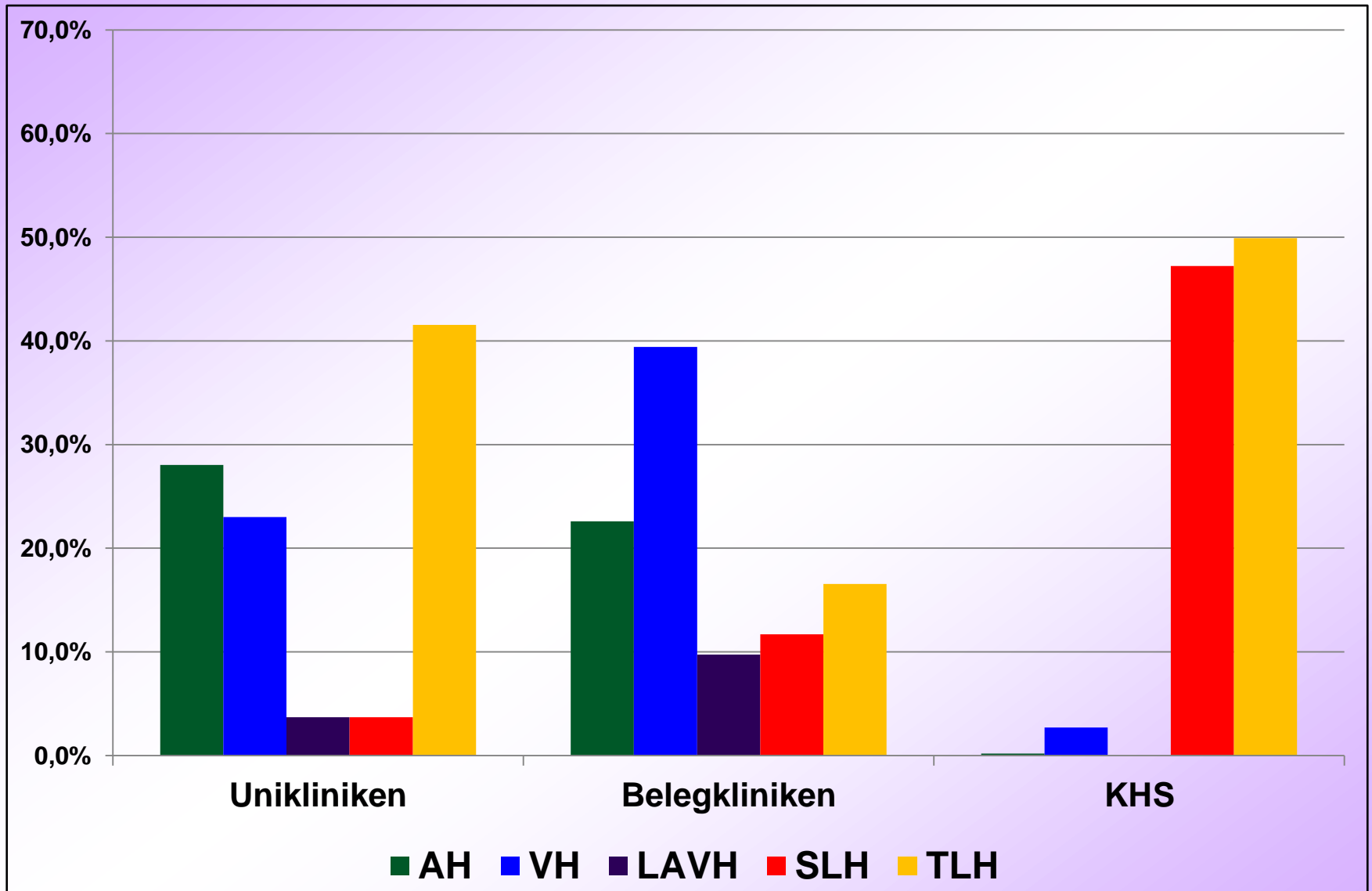
	2004	2012	+/-
Unikliniken (3)	452	378	- 16 %
Belegkliniken (2)	718	761	+ 6 %
MIC-Zentren (2)	266	557	+ 109 %
Σ	1436	1696	

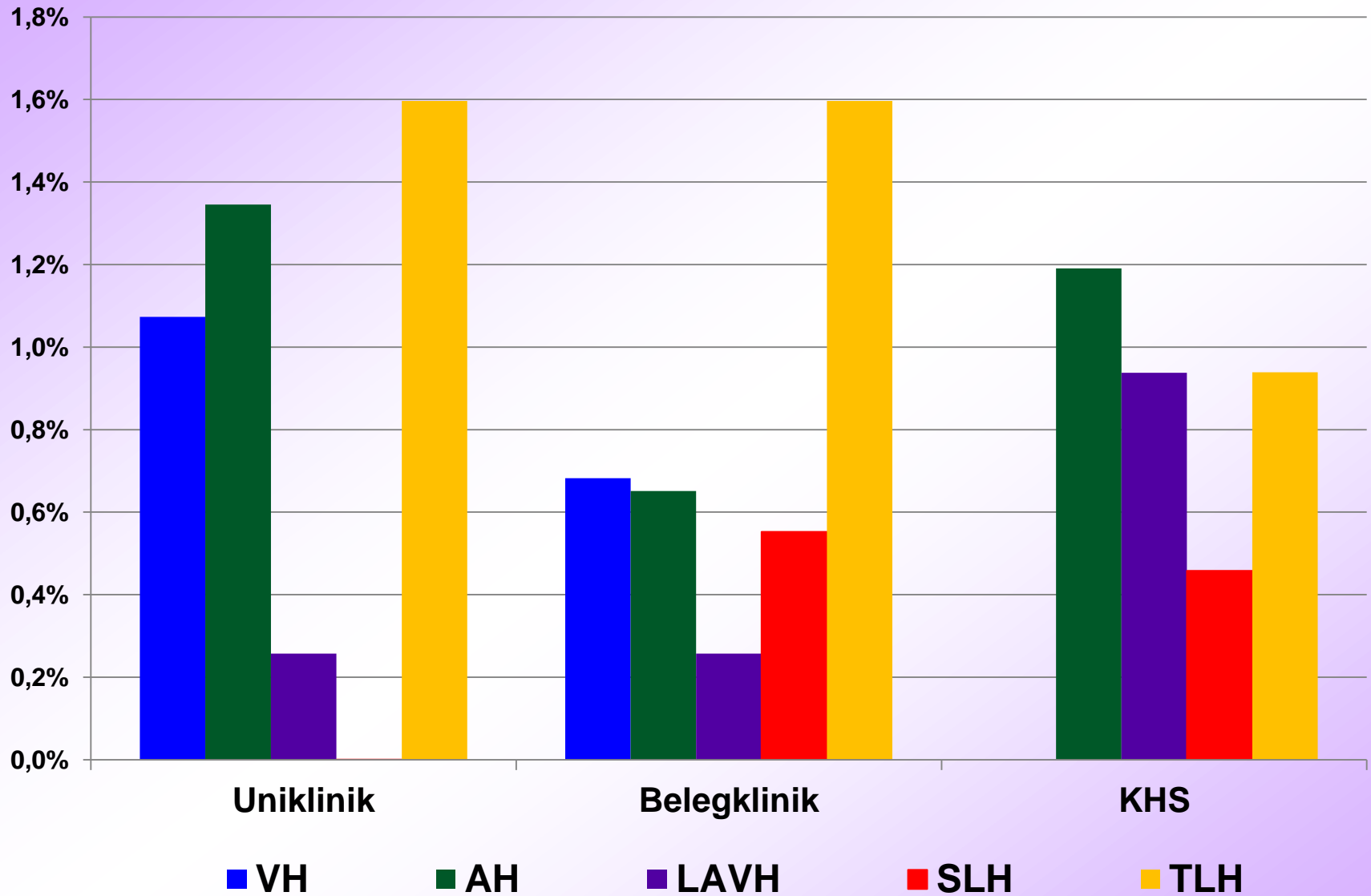


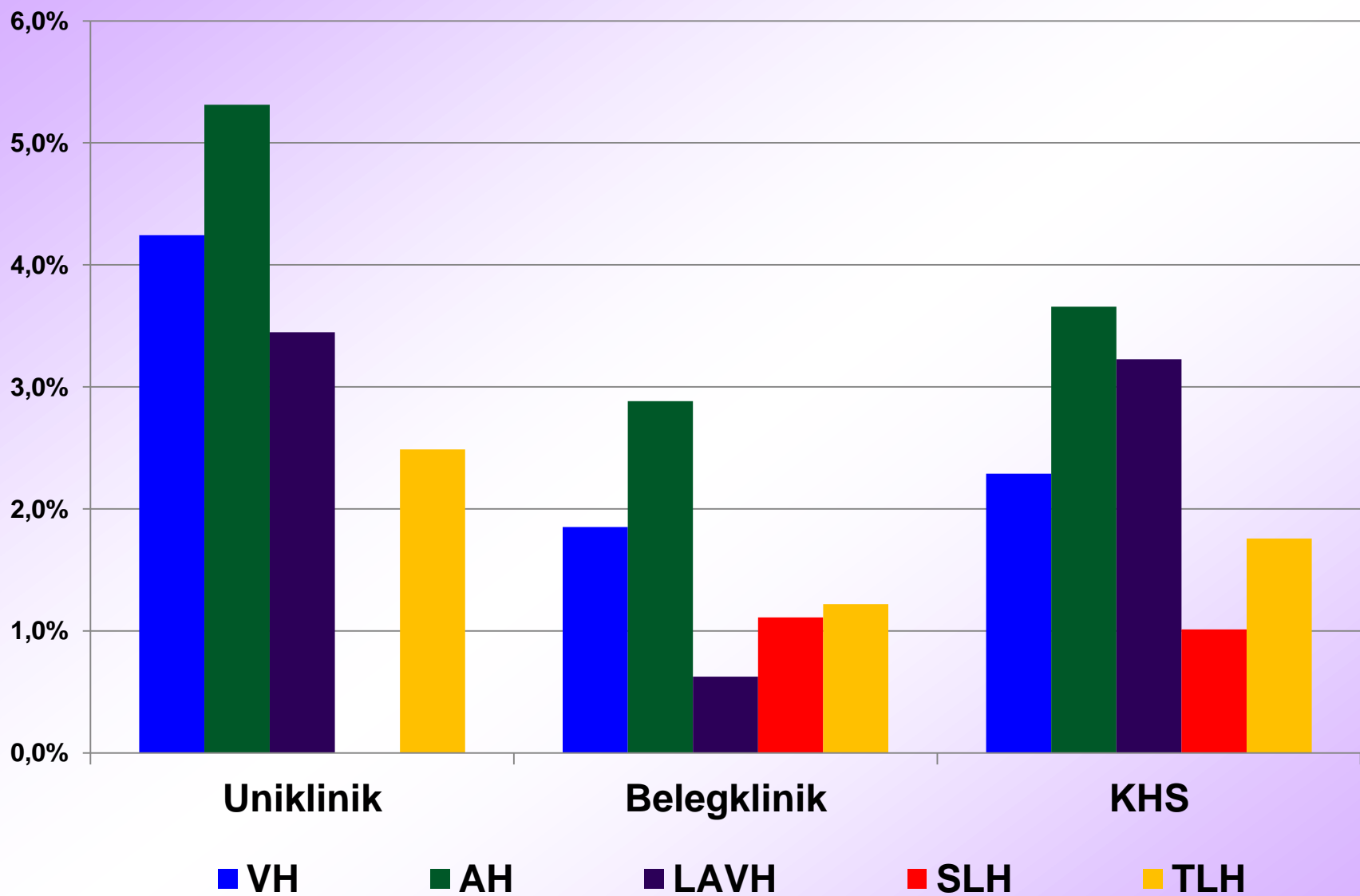












Fazit



Durch die Einführung von organerhaltenden Operationsverfahren (Myomresektion) und Medikamente (Esmya™, Mirena™) nimmt die Anzahl der Hysterektomien insgesamt stetig ab.

Minimal-invasive Operationsverfahren (SLH.TLH) nehmen auf Kosten der konventionellen Verfahren (AH, VH) zu.

Insgesamt ist bei allen Operationsverfahren eine Abnahme der absoluten und relativen Komplikationsrate zu beobachten.

Die Einführung minimal-invasiver Operationsmethoden hat keinen negativen Einfluss auf die absolute und relative Komplikationsrate.

Die AH hat die höchste post-operative, die TLH tendenziell die höchste intra-operative Komplikationsrate. Die SLH ist sowohl hinsichtlich der intra-operativen wie auch der post-operativen Komplikationen das z.Z. sicherste Verfahren

Die niedrige post-operative Morbidität minimal-invasiver Verfahren wird (insbesondere bei der TLH) mit einer höheren intra-operativen Komplikationsrate „erkauft“.

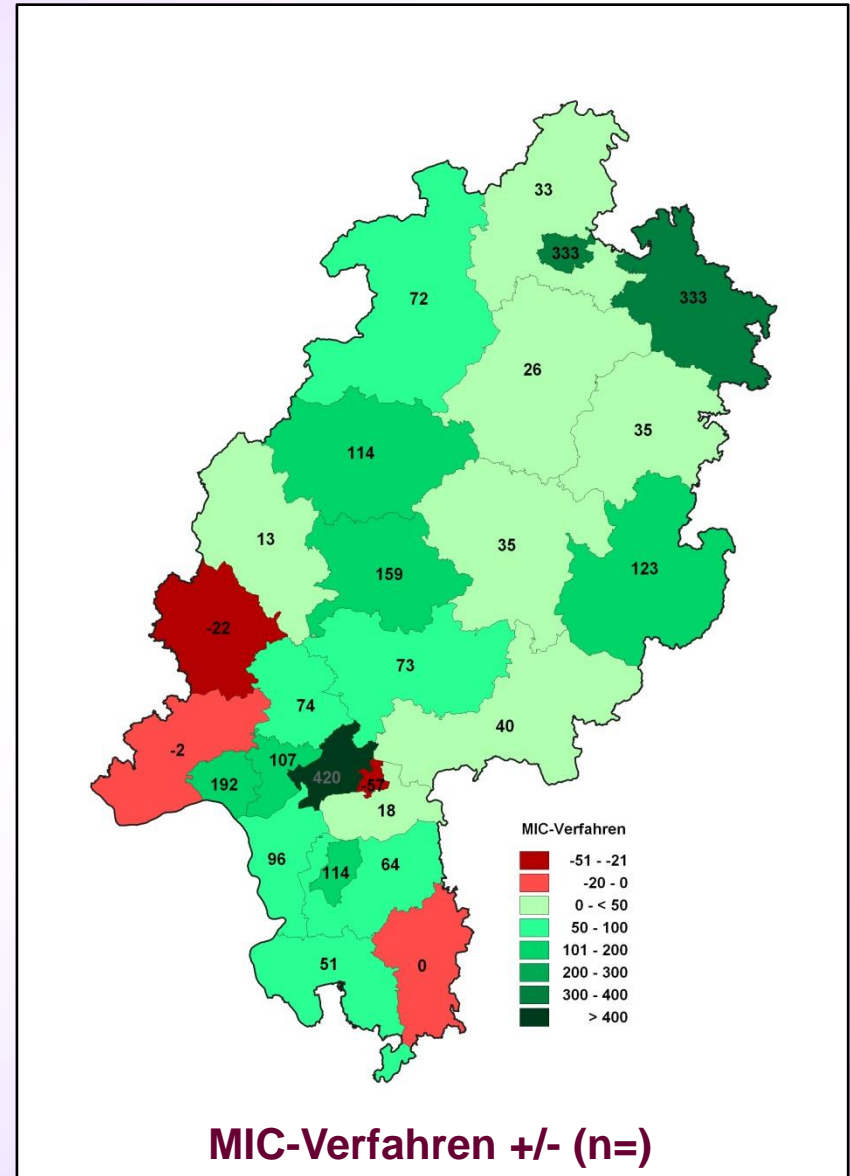
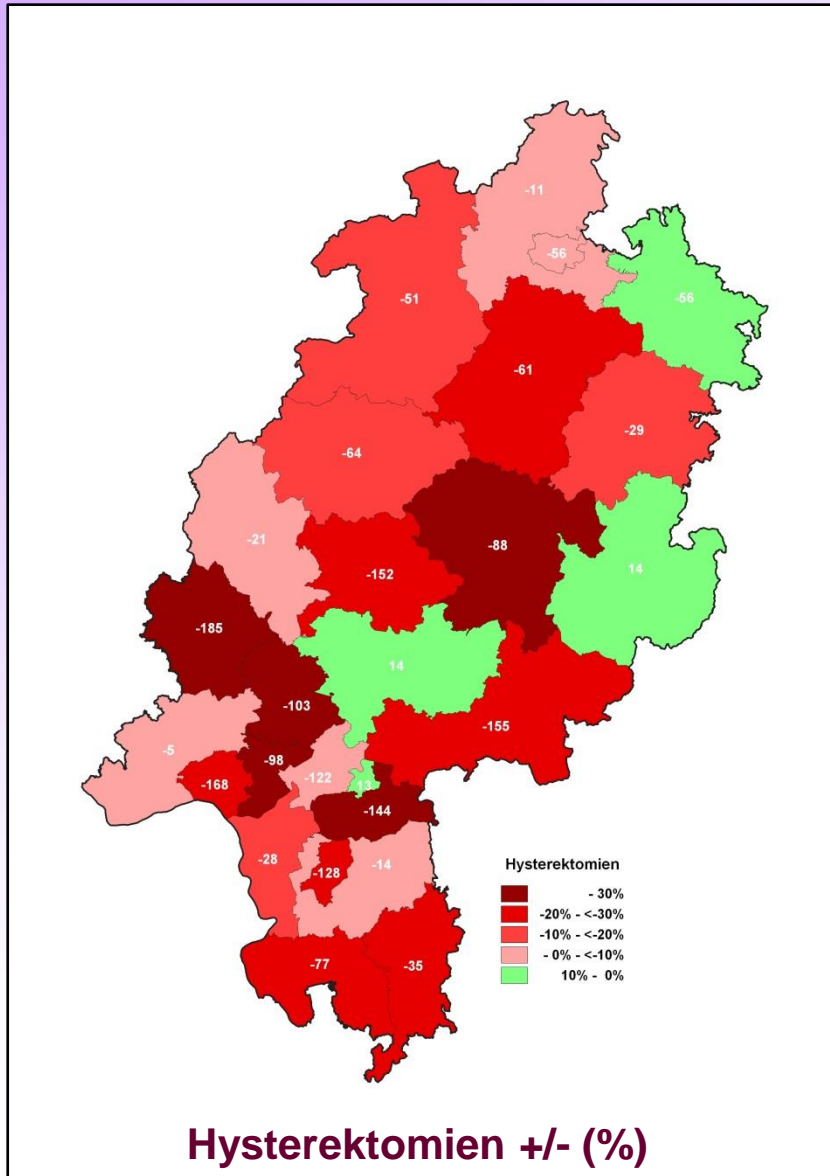


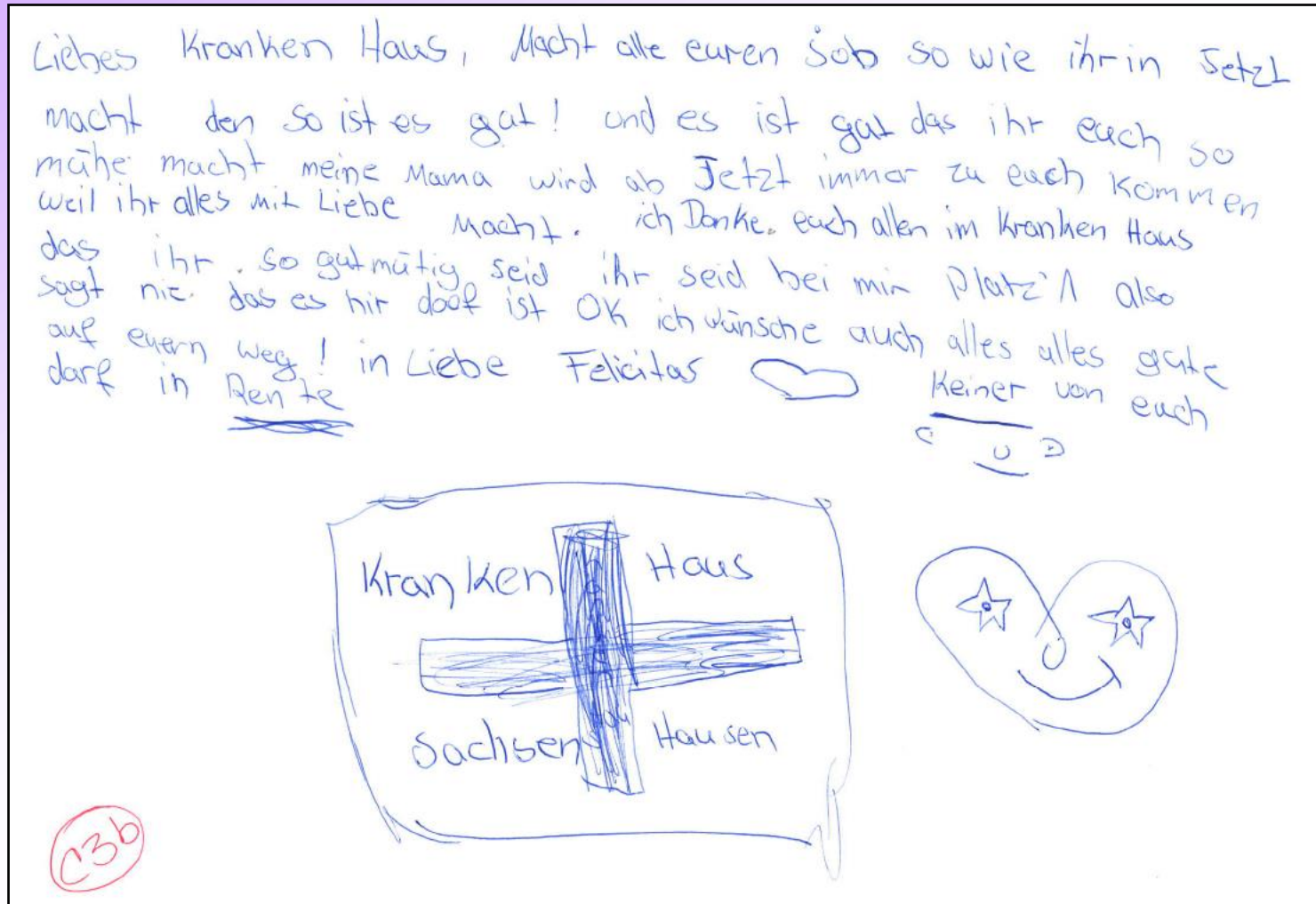
**Die Hysterektomie muss in der QS operative Gynäkologie beibehalten werden!
... allein um nachzuweisen, dass sie langsam durch alternative Verfahren
ersetzt wird.**

**Die diagnosebezogene Sondererhebung „Uterus myomatosus“ in Hessen
ist z.Z. das einzig verbliebene Instrument um den therapeutischen
Entwicklungen bei einer der häufigsten Erkrankungen der Frau auf der Spur
zu bleiben und sie erfasst den größten Anteil der Hysterektomien.**

**Die diagnosebezogene Qualitätssicherung „Uterus myomatosus“ wäre
angesichts der zahlreichen ambulanten Operationsverfahren und
konservativen Therapien Ideal für eine sektorübergreifende Erfassung**







Vielen Dank !

pheessler@khs-ffm.de
www.mic-zentrum-frankfurt.de

