



Operationen bei gutartigen Erkrankungen

Zur Behandlung der gutartigen Erkrankungen am weiblichen Genitale wird das breite Spektrum konventioneller abdominaler und vaginaler Operationsverfahren unterschiedlicher Ausdehnung eingesetzt. Die vaginale Operationstechnik nimmt dabei einen breiten Raum ein.

Hysterektomie: Die Gebärmutter kann durch die Scheide oder über einen Bauchschnitt entfernt werden. In 80 % der Fälle kann die vaginale Operationstechnik gewählt werden. Nur wenn das Organ sehr groß ist oder Verwachsungen bestehen, ist eine Entfernung durch die Scheide nicht möglich. Durch Begleitmedikation sind die postoperativen Beschwerden gering, so dass für die Patientin nur ein etwa vier- bis siebentägiger postoperativer Klinikaufenthalt notwendig wird.

Konisation: Zur Diagnostik und mitunter auch zur Therapie praemaligner Veränderungen am Gebärmutterhals erfolgt die kegelförmige Gewebeentnahme. Zur Blutstillung wird keine Naht verwendet, um eine weitgehend narbenfreie und gute Formierung des Gebärmutterhalsses im Hinblick auf spätere Schwangerschaften zu erreichen.

Curettage und fraktionierte Abrasio: Um die Gebärmutterhöhle von Resten einer Schwangerschaft nach Fehlgeburt (Curettage) zu säubern oder bei Blutungsstörungen Gewebe zur mikroskopischen Untersuchung zu gewinnen (Ausschabung), erfolgt in der Regel eine Kurznarkose, teils auch eine örtliche Betäubung. Der Eingriff wird meist ambulant oder im Rahmen eines stationären Kurzaufenthaltes durchgeführt.

Senkungsoperationen (234 Eingriffe im Jahr 2000):

Mit zunehmendem Alter, starker körperlicher Belastung oder nach Geburten treten insbesondere bei Veranlagung zur Bindegewebsschwäche eine Senkung oder gar ein Vorfall von Scheide, Gebärmutter, Blase oder Darm auf. Hier stehen mehrere vaginale und abdominale Operationsverfahren zur Verfügung, so dass eine Erfolg versprechende individuelle Behandlung durchgeführt werden kann: vordere und hintere Scheidenplastik, Beckenbodenplastik, Scheidenstumpffixation von vaginal (sakrospinale Fixation nach Amreich und Richter) oder von abdominal (Sakropexie). Dabei kann in der Regel eine funktionsfähige Scheide erhalten werden und nicht immer muss dabei die Gebärmutter entfernt werden.

Inkontinenz-Operationen (142 Eingriffe im Jahr 2000):

Harninkontinenz ist häufig ein belastendes Symptom einer relevanten Erkrankung des Beckenbodens. In der Frauenklinik werden neben den konservativen Behandlungsmöglichkeiten (Hormontherapie, Beckenbodengymnastik, Elektrostimulation mit biofeedback) im wesentlichen drei Operationsverfahren durchgeführt. Sie zeigen mit jeweils um 90 % ähnlich gute Erfolgsraten:

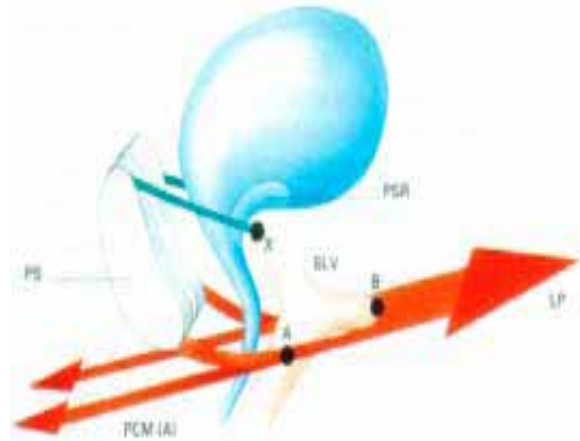
Die Faszienzügelplastik verwendet körpereigenes Material bei relativ hohem operativem Aufwand.

Die Kolposuspension nach Burch benötigt wie die Faszienzügelplastik den Zugang durch die Bauchdecke.

Das neuere Verfahren der Scheidenanhebung TVT kann in örtlicher Betäubung und eventuell sogar ambulant durchgeführt werden, benötigt jedoch ein Band aus synthetischem Material. Die notwendige praeoperative Diagnostik erfolgt in Zusammenarbeit mit der Urologischen Klinik (Urodynamik, Konsilium).



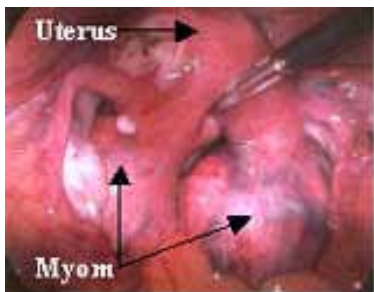
1 TVT-Suspension



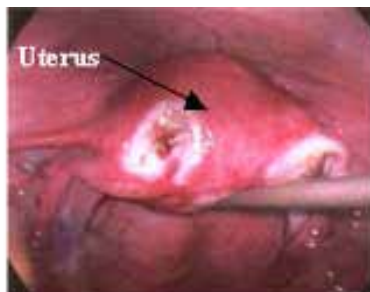
2 Kolposuspension (Burch)

Mikroinvasive Eingriffe (647 im Jahr 2000):

Eingriffe am Eierstock (z. B. Zystenentfernung), Eileiter (z. B. Eileiterschwangerschaft und Sterilisation), bei Endometriose, Verwachsungen und organerhaltenden Operationen an der Gebärmutter (Myomentfernung) werden als Schlüssellochchirurgie bezeichnet. Über meist drei nur 1 cm große Einstiche in der Bauchdecke werden die Instrumente in die Bauchhöhle eingeführt. Mit Hilfe einer sehr leistungsfähigen Optik wird das Operationsfeld auf einen Videoschirm übertragen (**Videolaparoskopie**), an dem sich der Operateur orientiert. Auch die vollständige Entfernung der Gebärmutter wird an der Frauenklinik in mikroinvasiver Technik durchgeführt.



1 Praeoperativer Situs



2 Postoperativer Situs



3 Myome nach Entfernung

1-3 Laparoskopische Myomenukleation

Organerhaltende Operationen an der Gebärmutter (27 Eingriffe in 2000):

Diese Operationen erfolgen hysteroskopisch, d. h. unter Sicht von der Gebärmutterhöhle aus. Der Zugang erfolgt über den Gebärmutterhalskanal. Es handelt sich hierbei um Endometriumverschörfung, Thermablation und Myomentfernung. Routinemäßig wird die Hysteros-



kopie (Gebärmutter Spiegelung) vor jedem Eingriff in der Gebärmutterhöhle durchgeführt, um Polypen, Septen, Myome oder Fremdkörper (z. B. IUP) zu lokalisieren.

Der Vorteil der Laparoskopie (Bauch Spiegelung) und Hysteroskopie (Gebärmutter Spiegelung) besteht in der rascheren postoperativen Erholung bei geringerer Schmerzhaftigkeit und geringeren Komplikationen, verbunden mit einem entsprechend kürzeren Krankenhausaufenthalt. Laparoskopisches und hysteroskopisches Operieren ist ein wichtiger Schwerpunkt der Frauenklinik.