

# HEUTIGE OPERATIVE MÖGLICHKEITEN BEI GEBÄRMUTTEREINGRIFFEN

Von Dr. med. Jean-René Blanchard, Facharzt FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe

**Lange Zeit wurden operative Eingriffe an der Gebärmutter vorwiegend durch die Bauchdecke durchgeführt (abdominaler Eingriff), seltener von der Scheide her (vaginal).**

Heute können dank der Entwicklung feiner, dünner Optiken und Instrumente laparoskopische (Schlüsselloch-Chirurgie) und hysteroskopische (Operationen durch den Gebärmutterkanal) Operationstechniken und auch in schwierigen Fällen mehr vaginale als abdominale Eingriffe durchgeführt werden. Dies hat i.d.R. den besonderen Vorteil einer wesentlich geringeren Belastung für die Patientin.

Die häufigsten Ursachen für operative Gebärmuttereingriffe sind Myome. Jede zweite bis dritte Frau über 35 Jahre ist davon betroffen, allerdings verursachen bei schätzungsweise 80% dieser Frauen

die Myome keinerlei Beschwerden wie z.B. wiederkehrende Blutungen oder Schmerzen im Unterbauch. Solange keine Beschwerden auftreten, sollte immer der Grundsatz gelten «no symptoms, no surgery».

Wenn aber Beschwerden auftreten, so muss der Arzt mit der Patientin eingehend über eine allfällig angezeigte konservative Myomentfernung oder über eine notwendige Gebärmutterentfernung (Hysterektomie) reden. Dabei hat jede Frau das Recht, sich für oder gegen eine Operation zu entscheiden, je nachdem, wie nachhaltig sie sich in ihrer Lebensqualität gestört fühlt.

Je nach Lage, Grösse des Myoms und Anzahl der Myome, nach Alter der Frau, Stand der Familienplanung und zusätzlichen Erkrankungen (z.B. Eierstöcke, Eileiter, Beckenbodenschwäche) stehen dem Facharzt heute verschiedene technische Möglichkeiten zur Verfügung. Bei einer jüngeren Patientin mit Kinderwunsch oder generell auf Wunsch der Patientin wird, wenn immer möglich, ein konservativer Eingriff (organerhaltend) gewählt. Er besteht darin, die Myome laparoskopisch oder hysteroskopisch auszuschälen und zu entfernen. Zur Verkleinerung der Myome vor der Operation können heute z.T. auch noch stark wirkende Hormonmedikamente gegeben werden.

Wenn hingegen die Entfernung der ganzen Gebärmutter angezeigt ist, dann werden heute hauptsächlich drei Techniken eingesetzt: die abdominale Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter durch einen Bauchschnitt), die vaginale Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter durch die Scheide) und als neuere Methoden die laparoskopisch unterstützte vaginale Hysterektomie resp. die laparoskopische Hysterektomie unter Belassen des Gebärmutterhalses.

**Vorteile der vaginalen Gebärmutterentfernung**  
Die Entfernung der Gebärmutter durch die Scheide bietet besondere Vorteile gegenüber dem Eingriff durch die Bauchdecke. Die Belastung der Patientin ist wesentlich geringer, die Wundflächen sind kleiner und verursachen deshalb weniger postoperative Schmerzen. Und nicht zuletzt fällt ins Gewicht, dass die Operations-, Hospitalisations- und Genesungszeiten kürzer sind. Die vaginale Hysterektomie kann unter Lumbalanästhesie durchgeführt werden und bietet die Möglichkeit, praktisch im gleichen Arbeitsgang einen schwachen Beckenboden mit zu weiter Vagina resp. eine Senkungstendenz mit losen Bändern (z.B. als Folge einer schweren vaginalen Geburt und Bindegewebsschwäche) durch Raffung zu beheben. Wenn immer möglich sollte deshalb diesem Eingriff der Vorzug vor der abdominalen Hysterektomie gegeben werden.



Die Entfernung der Gebärmutter durch die Scheide hat in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. Sie ist heute auch unter erschwerten Bedingungen möglich. Dank der Morcellement (operative Zerteilung) und der Spaltungstechnik kann eine stark vergrößerte Gebärmutter schrittweise zerkleinert oder eine gut fixierte mobilisiert werden. Dank dieser Technik kann in der Tiefe genügend Raum geschaffen werden, um die gesamte Gebärmutteroperation durch die Scheide zu Ende zu führen. Nach einer solchen stückweisen Entfernung der Gebärmutter sind auch die Eierstöcke und der Eileiter i.d.R. relativ leicht erreichbar, um nötigenfalls mit entfernt zu werden.

#### **Laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie**

Seit einigen Jahren schiebt sich diese Operationstechnik immer mehr in den Vordergrund. Sie besteht aus einem vaginalen Eingriff in Kombination mit drei bis vier kleinen Einschnitten in der Bauchdecke und bietet die Möglichkeit, Strukturen, die über die Scheide nur schwer erreichbar sind, mit laparoskopischen Instrumenten über die Bauchdecke zu erreichen. Dies kann insbesondere bei Verwachsungen der Fall sein, aber auch beim Lösen von Bändern und Bindegewebe im Beckenbereich (Gebärmutter, Eierstöcke). Der Hauptvorteil dieser Technik liegt darin, dass sie in bestimmten Situationen eine über einen Bauchschnitt vorgesehene Operation in eine vaginale umzuwandeln vermag. Da diese Technik im Vergleich zur abdominalen und auch zur vaginalen Hysterektomie zeitaufwendig, kostenintensiver und auch komplikationsträchtiger punkto Harntraktverletzungen und Nachblutungen ist, drängt sie sich sicher nicht auf, wenn ein primär rein vaginaler Eingriff möglich scheint.

#### **Gebärmutterentfernung und Sexualität**

Die Entfernung der Gebärmutter hat rein medizinisch gesehen keinen Einfluss auf die Sexualität der betroffenen Frau. Dies belegen auch Befragungen über die Zufriedenheit mit der Sexualität von Frauen nach einer Gebärmutterentfernung und nach Myomentfernungen. Dabei schneidet die vaginale Hysterektomie am besten ab: 80% der Frauen empfanden keinerlei Veränderungen gegenüber vorher, rund 20% sprachen sogar von einer Verbesserung der sexuellen Zufriedenheit, es kam zu keiner Verschlechterung. Bei allen übrigen erwähnten Operationstechniken betrug die Verschlechterung zwischen 8% und 20%. Es handelt sich um Fälle, in denen postoperativ ein Beschwerdekomples, verbunden mit sexuellen Störungen, auftreten kann, z.B. Abnahme der Lust auf Sex, verändertes Empfinden, depressive Verstimmungen etc. Dies dürfte aber häufiger nicht nach einer Operation wegen eines Myoms, sondern eher wegen etwas Zwingenderem, z.B. eines Krebsleidens, auftreten, weil die Wahlfreiheit und die Mitentscheidung der Patientin notgedrungen nicht mehr voll gegeben ist. Ob es sich dabei um ein rein psychisches Problem handelt, darüber sind sich die Experten bis heute nicht ganz einig.

In einem Punkt hingegen stimmen sie überein: Eine gute und tragfähige Partnerschaft, eine umfassende Aufklärung über den Eingriff und die innere Überzeugung der betroffenen Frau von der Richtigkeit des Eingriffs sind die besten Voraussetzungen, Probleme nach einem gynäkologisch operativen Eingriff weitgehend oder sogar ganz zu vermeiden.