

Hysterektomie

Die überwiegende Anteil der Hysterektomien erfolgt aufgrund einer benignen Indikation; bevorzugte Methode dabei ist der vaginale Zugang. Ganz grundsätzlich besteht die Herausforderung, die Erfahrung für die abdominale Hysterektomie aufrecht und andererseits die Rate an abdominalen Hysterektomien niedrig zu halten.

Von Karl Tamussino et al.*

Der Begriff Hysterektomie bezieht sich auf den aus Corpus und Zervix bestehenden Uterus. In Tabelle 1 werden die Begriffe totale, subtotale (suprazervikale) und radikale Hysterektomie erklärt. Alle Formen der Hysterektomie können mit oder ohne Entfernung von Tube und Ovar durchgeführt werden. Die radikale Hysterektomie (Wertheim'sche Operation, benannt nach dem Wiener Gynäkologen Ernst Wertheim, 1864 - 1920) wird nahezu ausschließlich als Behandlung des Zervixkarzinoms durchgeführt.

Die Hysterektomie ist neben dem Kaiserschnitt die häufigste Operation bei der Frau. In Österreich werden jährlich rund 10.000 Hysterektomien durchgeführt; davon etwa 80 Prozent wegen benigner Indikationen. In den letzten Jahren ist die Anzahl der Hysterektomien aufgrund von benignen Indikationen auch in Österreich

stark rückläufig. Die Alternativen zur Operation haben sich erheblich weiterentwickelt; die Anzahl der minimal-invasiven Eingriffe ist gestiegen und die perioperative Betreuung hat sich verändert. In den kürzlich erarbeiteten deutsch-österreichisch-schweizerischen Leitlinien zum Thema Hysterektomie auf S3-Ebene wird diesen Entwicklungen Rechnung getragen (Tab. 2; www.awmf.org).

Hysterektomie-Raten und Indikationen

Die jährliche Anzahl der Hysterektomien infolge einer benignen Indikation ist in Österreich zwischen 2002 und 2014 um 27 Prozent (von 10.765 auf 7.747) zurückgegangen (Gesundheit Österreich GmbH). Der Rückgang der benignen Hysterektomien in Österreich ist v.a. auf bessere konservative Therapien und Alternativen zurückzuführen.

Die Anzahl der Hysterektomien wegen maligner Indikationen ist mit rund 2.000 pro Jahr einigermaßen stabil. Die Hauptindikationen für benigne Hysterektomien sind Myome, Blutungsstörungen mit Anämie, Dysmenorrhoe, Endometriose/Adenomyose und Deszensus. Hysterektomien können auch wegen geburtshilflicher Indikationen wie postpartaler Blutung, Atonie und Plazentations-Störungen erforderlich werden.

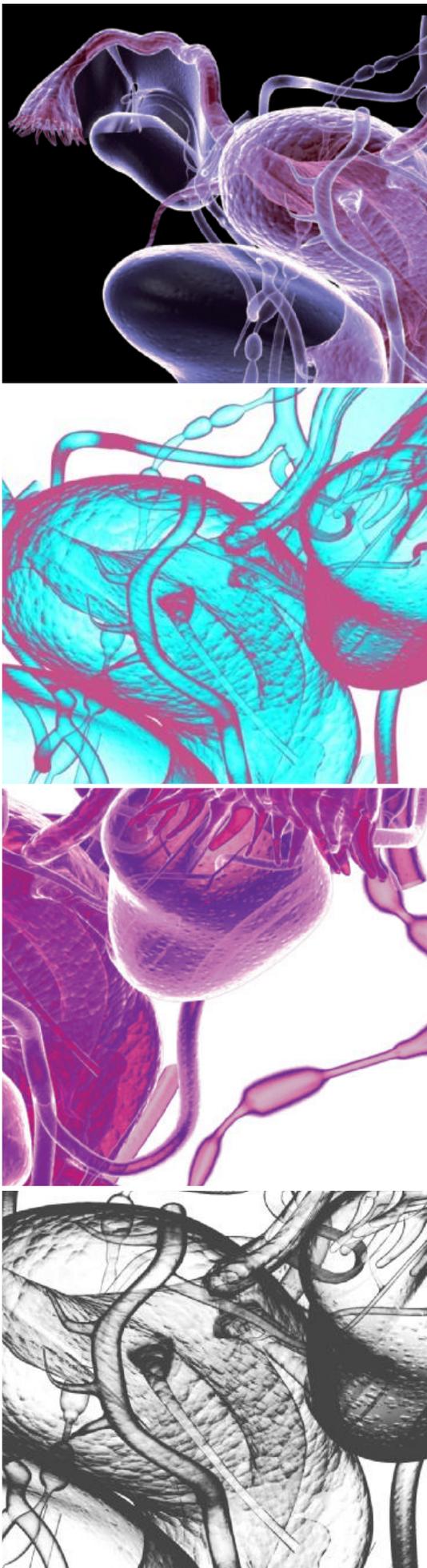
Alternativen zur Hysterektomie

Das Levonogestrel-Intrauterinsystem (LNG-IUS, sogenannte Hormonspirale beziehungsweise Mirena®, Jaydess®) wurde 1997 in Österreich eingeführt und ist eine Alternative zur Behandlung der dysfunktionalen Blutung. Diese Spirale gibt über Jahre kontinuierlich Levonorgestrel in das Cavum uteri ab, um eine Dezydualisierung des Endometriums und somit zumindest eine Blutungsverminderung zu erreichen. In einer finnischen Studie wurden Frauen mit dysfunktionaler Blutung zur Hysterektomie oder LNG-IS randomisiert. Die Lebensqualität war in beiden Gruppen deutlich verbessert; allerdings haben sich 42 Prozent der Frauen im LNG-IUS-Arm innerhalb von fünf Jahren zur Hysterektomie entschieden. In einem finnischen Register war das LNG-IUS mit einer verminderten Inzidenz von Karzinomen des Endometriums, des Ovars, des Pankreas und der Lunge, jedoch mit einer erhöhten Inzidenz von einem Mammakarzinom assoziiert.

Hysterektomie: Begriffe und Zugänge

Begriff	Definition	Zugänge
Totale Hysterektomie	Entfernung des Uterus (Corpus und Zervix)	Vaginal, laparoskopisch, abdominal, robotisch
Subtotale (suprazervikale) Hysterektomie	Entfernung des Corpus (unter Belassung der Zervix)	Laparoskopisch, abdominal, robotisch
Radikale Hysterektomie (Wertheim'sche Operation)	Entfernung des Uterus mit Parametrien, Scheidenmanschette und pelvinen Lymphknoten	Abdominal, laparoskopisch, robotisch

Tab. 1



© SPL, picturedesk.com

Verfahren zur endoskopischen (hysteroskopischen) Resektion von intrakavitären Myomen oder Ablation des Endometriums und konservative Eingriffe wie Myomektomien sind ebenfalls organerhaltende Alternativen für Patientinnen mit Blutungsstörungen. Die transvaginale Sonographie erlaubt eine gute Diagnostik von intrauterinen Pathologien wie Polypen und Myomen.

Die interventionelle Embolisierung der Arteriae uterinae (UAE) ist ebenfalls eine Option zum Uterus-Erhalt bei symptomatischem Uterus myomatosus. In der REST-Studie aus Großbritannien und der EMMY-Studie aus den Niederlanden wurde die interventionelle Embolisierung der Arteriae uterinae mit chirurgischen Interventionen (meist Hysterektomien) verglichen. Die Zufriedenheitsrate nach zwei Jahren war nach einer interventionellen Embolisierung der Arteriae uterinae ähnlich hoch wie nach einer Hysterektomie; allerdings lag die Hysterektomie-Rate innerhalb von fünf Jahren nach einer interventionellen Embolisierung der Arteriae uterinae bei 20 Prozent beziehungsweise 28 Prozent.

Bei Ulipristal (Esmya®) handelt es sich um einen oralen, selektiven Progesteronrezeptor-Modulator. Die PEARL-Studien von Donnez et al. konnten mit Ulipristal bei 90 Prozent eine Blutungskontrolle und eine Reduktion des Myom-Volumens von mehr als 50 Prozent erreichen. Die Lebensqualität war durch Ulipristal deutlich verbessert; im Gegensatz zu bisherigen endokrinen Therapien wurden durch die Substanz keine postmenopausalen Beschwerden ausgelöst. Während Ulipristal zunächst nur für Patientinnen zugelassen war, die für eine Operation vorgesehen waren, sind nun in Österreich wiederholte Zyklen möglich.

Benigne Hysterektomie: Zugangswege

Hysterektomien können vaginal, abdominal oder laparoskopisch durchgeführt werden (die robotisch-assistierte Hysterektomie spielt in Österreich keine wesentliche Rolle).

In allen systematischen Reviews inklusive einer Cochrane-Analyse wird bei der elektiven benignen Hysterektomie der vaginalen Hysterektomie der Vorzug gegeben. Im 2015 aktualisierten Cochrane Review wurden 47 randomisierte Studien mit 5.102 Patientinnen inkludiert. Die minimal-invasiven Verfahren der vaginalen oder laparoskopischen Hysterektomien haben kürzere Rekonvaleszenz-Zeiten und geringere Komplikationsraten als die abdominale Hysterektomie. Die laparoskopische Hysterektomie hatte keinen Vorteil gegenüber der vaginalen Hysterektomie, aber eine längere OP-Dauer. Sollte die vaginale Hysterektomie nicht möglich sein, ist der laparoskopischen Hysterektomie den Vorzug zu geben. Die abdominale Hysterektomie sollte besonderen Indikationen vorbehalten sein (Abb. 1). Die Roboter-assistierte Hysterektomie bietet keine Vorteile gegenüber den anderen minimal-invasiven Verfahren, hat aber längere OP-Zeiten und höhere Kosten.

Im Jahr 2014 wurden in Österreich 47 Prozent aller Hysterektomien aus benigner Indikation vaginal durchgeführt; 32 Prozent erfolgten laparoskopisch oder laparoskopisch suprazervikal, 20 Prozent abdominal. Zum Vergleich: In Kanada liegt die Rate der abdominalen Hysterektomien bei 72 Prozent. Der hohe Anteil an minimal-invasiven Hysterektomien in Österreich (knapp 80 Prozent) spricht sowohl für die vaginale Schule der österreichischen Gynäkologie, als auch für den erfolgreichen Einsatz der Laparoskopie im Bestreben, den Anteil an abdominalen Hysterektomien zu reduzieren.

In Österreich wird die Rate an abdominalen Hysterektomien im Rahmen des A-IQI-Projektes (Austrian Inpatient Quality Indicators) vom Bundesministerium für Gesundheit erhoben. Die abdominale Hysterektomie behält einen Platz in der gynäkologischen Chirurgie. Sie bleibt indiziert u.a. bei Patientinnen mit einem großen Uterus myomatosus, Patientinnen mit erheblichen Voroperationen, sonstiger intraabdominaler Pathologie, die eine Laparotomie erfordert, wenn eine intraabdo- ►►

▶▶ minale Morcellierung vermieden werden soll sowie für die geburtshilfliche Not-situation (beispielsweise nicht beherrschbare Atonie). Die Herausforderung in der Praxis ist es, einerseits die Expertise und Erfahrung für die schwierigere abdominale Hysterektomie aufrecht, andererseits die Rate an abdominalen Hysterektomien niedrig zu halten.

Totale oder subtotale Hysterektomie?

In randomisierten Studien konnte gezeigt werden, dass die subtotale (supra-zervikale) Hysterektomie langfristig bezüglich Kontinenz und sexueller Gesundheit keine Vorteile gegenüber der totalen Hysterektomie hat. Bis zu 20 Prozent der Frauen können nach einer supra-zervikalen Hysterektomie weiterhin zyklische Blutungen bekommen. Nach einer supra-zervikalen Hysterektomie ist weiterhin ein Zervix-Screening indiziert.

Inkontinenz, Deszensus, frühere Menopause?

In großen Studien aus Schweden von Altman et al. zeigten sich langfristig bei Frauen nach Hysterektomie höhere Raten an Operationen wegen Deszensus und Inkontinenz als bei Frauen, die nicht hysterektomiert wurden. So war die langfristige Rate an Prolaps-Operationen 3,2 Prozent vs. 2,0 Prozent. Diese Studien zeigen eine Assoziation, aber keinen kausalen Zusammenhang. Weiters besteht die Möglichkeit, dass eine prämenopausale Hysterektomie die ovarielle Reserve einschränkt beziehungsweise mit einem früheren Menopausenalter assoziiert ist. Mögliche Ursachen sind parakrine Faktoren oder eine Einschränkung des Blutflusses zum Ovar durch eine Hysterektomie. Auch hier bedeutet eine Assoziation keinen kausalen Zusammenhang zwischen Hysterektomie und früherer Menopause.

Perioperatives Management

Das perioperative Management um die Hysterektomie hat sich wie in ande-

ren chirurgischen Bereichen in Richtung „fast-track“ beziehungsweise „enhanced recovery“ entwickelt. Patientinnen benötigen keine Darmvorbereitung, erhalten einmalig eine Antibiotikaprophylaxe und weder einen Harnkatheter noch Drainagen. Die Betroffenen werden am Tag der Operation mobilisiert und können essen; die Schmerzmedikation soll oral statt intravenös verabreicht werden. Die parazervikale Infiltration mit einem Lokalanästhetikum vor einer vaginalen Hysterektomie reduziert den postoperativen Analgetika-Bedarf. Die vaginale Hysterektomie mit Gefäßversiegelungs-Systemen verkürzt die Operationszeit und ist mit geringeren postoperativen Schmerzen verbunden.

Oophorektomie

Die Einstellung zur konkomitanten Oophorektomie bei der Hysterektomie aus benigner Indikation hat sich in den letzten Jahren völlig geändert. Parker et al. analysierten in der Nurses' Health Study rund 30.000 Frauen nach Hysterektomie. Frauen nach Hysterektomie mit Adnexektomie hatten eine höhere Gesamtmortalität als die Frauen nach Hysterektomie ohne Adnexektomie. Daher wird heute die Entfernung der Eierstöcke im Rahmen der benignen Hysterektomie zurückhaltend behandelt.

Salpingektomie

In den letzten Jahren ist es zu einem Paradigmenwechsel im Verständnis über die Entstehung der Ovarialkarzinome – insbesondere bei niedrig differenzierten serösen Karzinomen – gekommen. Die meisten serösen Ovarialkarzinome scheinen aus einer Vorläuferläsion (sogenannte serous tubal intraepithelial carcinoma, STIC) im Bereich der Fimbrien der Tuben zu entstehen. In epidemiologischen Studien aus Skandinavien wurde eine reduzierte Mortalität an Ovarialkarzinom bei Frauen nach Salpingektomie gezeigt. Demzufolge hat 2015 die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) mit der Österreichischen Gesellschaft für Pathologie empfohlen, dass

Frauen mit abgeschlossener Familienplanung bei einer entsprechenden gynäkologischen Operation wie der Hysterektomie, einem Kaiserschnitt oder einer Tubensterilisation die Möglichkeit der prophylaktischen Salpingektomie angeboten wird (www.oeggg.at).

Zusammenfassung

Obwohl die Zahl der Hysterektomien aus benigner Indikation insgesamt rückläufig ist, bleibt sie in Österreich mit mehr als 7.500 Eingriffen pro Jahr eine häufige Operation bei Frauen. Bei entsprechenden Beschwerden kann eine Hysterektomie die Lebensqualität und sexuelle Gesundheit deutlich verbessern. Patientinnen mit entsprechenden Beschwerden sollten über die Hysterektomie und organerhaltende Alternativen so aufgeklärt werden, dass sie die individuell bevorzugte Methode wählen können.

Die meisten Hysterektomien aus benigner Indikation können minimal-invasiv durchgeführt werden. Die vaginale Hysterektomie ist dabei die bevorzugte Methode. Ist dies nicht möglich, empfiehlt es sich, eine laparoskopische Herangehensweise zu prüfen. Die prophylaktische konkomitante Salpingektomie sollte im Rahmen der benignen Hysterektomie besprochen werden. ◀◀

**) Univ. Prof. Dr. Karl Tamussino, Klinische Abteilung für Gynäkologie, Medizinische Universität Graz, 8036 Graz; Tel.: 0316/385-81068; E-Mail: karl.tamussino@medunigraz.at;*

Univ. Prof. Dr. Dr.h.c. Heinz Kölbl, Klinische Abteilung für Allgemeine Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie, Medizinische Universität Wien;

Dr. Ingrid Geiss, Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Landes-klinikum Lillienfeld, 3180 Lillienfeld;

Univ. Doz. Dr. Walter Neunteufel, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Krankenhaus Dornbirn, 6850 Dornbirn

Hysterektomie: Indikation und Methodik*

Leitlinienempfehlungen und -statements			
	Evidenzgrad	Empfehlungsgrad	Konsensusstärke +++ >95% ++ > 75%
Uterus myomatosus			
Bei Verdacht auf symptomatischen Uterus myomatosus soll zunächst geklärt werden, ob der Uterus myomatosus tats. Ursache der Beschwerden ist.	Expertenkonsens	A	+++
Sind Myome ursächlich für die Symptomatik verantwortlich, die Entscheidung bezüglich des Vorgehens in Abhängigkeit der Lebenssituation gemeinsam mit der Patientin getroffen werden.	Expertenkonsens	A	+++
Bei symptomatischem Uterus myomatosus bei abgeschlossener Familienplanung/versagen von Behandlungsalternativen und/oder Wunsch der Patientin kann eine Hysterektomie durchgeführt werden	Expertenkonsens	0	+++
Bei präoperativ anämischen Patientinnen und Uterus myomatosus kann eine medikamentöse Therapie mit Gonadotropin-Releasing-Hormon-(GnRH)-Analoga oder Ulipristal einer Hysterektomie indiziert sein	1a (GnRH-Analoga) 1b (Ulipristal)	0	+++
Die Patientinnen sollen über die individuellen Erfolgs- und Versagerquoten bezüglich der unterschiedlichen Methoden Myomtherapie aufgeklärt werden	Expertenkonsens	A	+++
Dysfunktionelle uterine Blutungen			
Bei uterinen Blutungsstörungen sollen prä-maligne oder maligne Veränderungen vor einer Therapie ausgeschlossen werden.	Expertenkonsens	A	+++
Bei Versagen der Hormontherapie und abgeschlossener Familienplanung stellen Endometriummablation und Hysterektomie Behandlungsmöglichkeiten dar.	1a	Statement	+++
Bei Versagen der Endometriummablation soll eine Hysterektomie erfolgen.	Expertenkonsens	A	+++
Die Patientinnen sollen über die individuellen Erfolgs- und Versagerquoten der unterschiedlichen Methoden zur Therapie Blutungsstörungen aufgeklärt werden	1b (LNG-IUS) 1a (Endometriummablation)	A	+++
Endometriose/Adenomyose			
Bei primärem Wunsch der Patientin nach einer Hysterektomie soll eine eingehende Aufklärung über die Behandlungsoptionen, deren Nebenwirkungen und die Erfolgsraten erfolgen.	Expertenkonsens	A	+++
Bei Versagen der Hormontherapie und abgeschlossener Familienplanung sollte eine Hysterektomie erfolgen	Expertenkonsens	B	+++
Descensus uteri			
Bei der operativen Behandlung des Descensus genitalis kann der Uterus belassen werden	Expertenkonsens	0	+++
Bei Belassen des Uterus sollte das Vorliegen eines Malignoms ausgeschlossen werden.	Expertenkonsens	B	++
Harninkontinenz			
Für die Hysterektomie bei Inkontinenzproblemen soll eine gesonderte Indikation vorliegen.	2-3	A	+++
Chronischer Unterleibsschmerz			
Vor einer Hysterektomie aufgrund chronischer Unterbauchbeschwerden sollte eine Laparoskopie durchgeführt werden	Expertenkonsens	B	++
Die Indikation zur Hysterektomie bei chronischen Unterbauchschmerzen soll unter Berücksichtigung interdisziplinärer Konsultation gemeinsam mit der Patientin unter Hinweis auf die hohe Versagerquote getroffen werden	2a	A	++
Wunschhysterektomie			
Eine Hysterektomie ohne medizinische Indikation nur auf Verlangen der Patientin sollte nicht durchgeführt werden.	Expertenkonsens	B	+++
Leitlinienempfehlungen und -statements			
	Evidenzgrad	Empfehlungsgrad	Konsensusstärke
Methodenvergleich			
Der vaginalen Hysterektomie soll gegenüber der abdominalen Hysterektomie, wenn möglich, der Vorzug gegeben werden	1a	A	+++
Ist die vaginale Hysterektomie nicht möglich, sollte die Möglichkeit einer laparoskopischen Hysterektomie geprüft werden	1a	B	+++
Die laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie kann alternativ zur abdominalen Hysterektomie sowie zur vaginalen Hysterektomie durchgeführt werden	1a	0	+++
Die Datenlage erlaubt jedoch derzeit nicht, zwischen den verschiedenen laparoskopischen Techniken exakt zu differenzieren	Expertenkonsens	Statement	+++
Die abdominale Hysterektomie sollte nur bei gesonderter Indikation durchgeführt werden.	Expertenkonsens	B	+++
In den vorliegenden randomisierten Studien konnte kein gesicherter patientenrelevanter Nutzen bei Einsatz der roboterassistierten Technik gefunden werden.	1b	Statement	+++
Perioperatives Management			
Bei Hysterektomien soll eine Antibiotikaprophylaxe erfolgen	1a	A	+++
Perioperativ soll eine risikoadaptierte Thromboembolieprophylaxe durchgeführt werden.	1a	A	+++
Lebensqualität			
Die Patientinnen sollten informiert werden, dass sie nach einer indizierten Hysterektomie überwiegend mit einer Verbesserung der Lebensqualität und der Sexualität verglichen mit der präoperativen Situation rechnen können	1a	B	+++
Eine prophylaktische beidseitige Adnexektomie kann unerwünschten Langzeitnebenwirkungen assoziiert sein. Sie bedarf einer gesonderten Aufklärung	1a	Statement	++

Tab. 2

*) Empfehlungen und Statements der S3 Leitlinie Hysterektomie; www.awmf.org

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft e.V. (AWMF); Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe