

EDITORIAL

Hysterektomie: Wandel mit unterschiedlichem Tempo

Klaus Friese

Editorial
zum Beitrag:
„Hysterektomien
in Deutschland –
Eine DRG-basierte
nationwide
Analyse der Jahre
2005–2006“
von Andreas Stang
auf den
folgenden Seiten

Die Gebärmutterentfernung ist eine der Standardoperationen der Gynäkologie, die jedoch derzeit einem bemerkenswerten Wandel unterliegt. Während noch vor 15 Jahren viele Erkrankungen der Gebärmutter durch eine Hysterektomie behandelt wurden, hat sich dies mittlerweile sehr geändert: Früher wurde bei großen Myomen, Blutungsstörungen, Beschwerden durch Descensus uteri und natürlich bei Karzinomen immer eine Gebärmutterentfernung durchgeführt; heute ist dies längst nicht mehr der Fall. Zu verdanken ist dies vor allem einem Pionier der Operationstechnik, dem Münchener Gynäkologen Prof. Kurt Semm, der als ein Vorreiter der laparoskopischen operativen Technik die minimalinvasive Operation in das Fach Frauenheilkunde eingeführt hat (1), wobei andere operative Fächer hier in gleicher Weise nachgezogen haben. Es sei daran erinnert, dass Kurt Semm der Arzt war, der die erste laparoskopische Appendektomie durchgeführt hat (2). Die minimalinvasive Chirurgie hat zu einer anderen Betrachtungsweise der Hysterektomie geführt und insbesondere auch den Wunsch der Frauen nach Organerhaltung stark unterstützt.

Wie in dem vorliegenden epidemiologischen Artikel der Autorengruppe um Prof. Stang beschrieben (3), war in Deutschland die Hysterektomierate in den Jahren 2005 und 2006 noch deutlich höher als in Skandinavien, jedoch geringer als in den USA. Naturgemäß stellt eine solche Erhebung eine Momentaufnahme dar. Den Autoren des beiliegenden Artikels sei sehr dafür gedankt, dass sie daraufhin hinweisen, dass die Hysterektomie keineswegs die alle Probleme lösende operative Methode ist. Dies ist sehr wertvoll. Dennoch bedarf es für bestimmte Schlussfolgerungen einer noch genaueren Analyse: Hätten die Autoren zum Beispiel auch den Anteil der organerhaltenden Operationen etwa bei Myomen oder Adnexzysten ausgewertet, hätten sie möglicherweise eine ganz andere Relation ermittelt. Hier wäre eine umfassendere Darstellung noch instruktiver gewesen.

Eine Kernaussage der Publikation, dass in dem Stadtstaat Hamburg die Hysterektomierate am niedrigsten ist und im Flächenland Mecklenburg Vorpommern am höchsten, zeigt, dass die modernen innovativen Techniken sich in städtischen Bereichen, wo eine große Zahl an Zentren mit minimalinvasiver Operationstechnik vorhanden ist, zunehmen. Eine Untersuchung in den meisten anderen Großstädten wie etwa Düsseldorf, Hannover, Frankfurt und München hätte wahrschein-

lich zu einem ähnlichen Ergebnis wie in Hamburg geführt. In gleicher Weise gilt dies vermutlich für andere Innovationen, wie Ultraschall und Embolisationen von Myomen, die jedoch die Fertilität einschränken.

Ursache dieser Unterschiede ist sicher, dass sich diese Technik der minimalinvasiven Operationen bis heute noch nicht in der Breite durchgesetzt hat. In den USA liegt sie nach der Erfahrung des Autors sogar noch weit hinter den deutschen Verhältnissen zurück. Heute weiß man: Die radikale Hysterektomie (Wertheim Operation) ist nicht einmal mehr bei einem kleinen Zervixkarzinom und noch nicht erfülltem Kinderwunsch obligat, da mittels Trachelektomie nach Dargent (4) von vaginal oder auch komplett endoskopischen Operationen ein gesicherter Operationserfolg erreicht werden kann (5). Mit anschließender Lymphonodektomie ist ein Organerhalt möglich und damit auch eine nicht unerhebliche Schwangerschaftsrate, wie unterschiedliche Publikationen zeigen (6).

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

LITERATUR

1. Semm K: Die Laparoskopie in der Gynäkologie. Geburtshilfe Frauenheilkd 1967; 27: 1029–42.
2. Semm K: Die endoskopische Appendektomie. Gynecol Prax 1982; 7: 26–30.
3. Stang A, Merrill RM, Kuss O: Hysterectomy in Germany: a DRG-based nationwide analysis, 2005–2006. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(30): 508–14.
4. Dargent D, Brun JL, Roy M, Mathevet P: La trachelectomie élargie: une alternative à l'hystérectomie. Radicale dans le traitement des cancers en filigranes. J Gyn 1994; 2: 285–92.
5. Schneider A, Krause N, Kühne-Heid R, Nöschel H: Erhaltung der Fertilität beim frühen Zervixkarzinom mit laparoskopischer Lymphonodektomie. Zentralbl Gynakol. 1996; 118(1): 6–8.
6. Rob L, Skapa P, Robova H: Fertility-sparing surgery in patients with cervical cancer. Lancet Oncol 2011; 12: 192–200.

Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. med. Klaus Friese
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe-
Großhadern/Innenstadt, Klinikum der Universität München
Marchioninistraße 15, 81377 München
klaus.friese@med.uni-muenchen.de

Regional Differences in the Use of Hysterectomy

Zitierweise

Friese K: Regional differences in the use of hysterectomy. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(30): 507. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0507

Klinik und Poliklinik
für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
Großhadern/Innenstadt
Klinikum der
Universität München:
Prof. Friese