

Stellenwert der CISH in einem individuellen Behandlungskonzept bei Adenomyosis uteri interna und komplexen rekonstruktiven Beckenbodeneingriffen

Dr. med. Christoph Reiche, St. Johannes-Hospital Varel g.GmbH,
Bleichenpfad 9, 26316 Varel,
Christoph.Reiche@krankenhaus-varel.de, Tel. 04451 920258
Reiche63@aol.com, Tel. 04451 957737, Fax. 04451 969409

Einführung

Am 07. September 1991 wurde in Kiel die erste CISH (Classic Intrafascial Supracervical Hysterectomy) von Prof. Dr. Kurt Semm durchgeführt. Die Diskussion um den Erhalt der Cervix und die Bedeutung für den Beckenboden brachte eine Renaissance der laparoskopischen Operationstechniken.

Die LASH ist ein neues OP-Verfahren, welches eine zunehmende Verbreitung findet. Kürzeren OP-Zeiten stehen persistierende zyklische vaginale Blutungen bei bis zu 21% der Frauen gegenüber.

Im Rahmen der rekonstruktiven Beckenbodenchirurgie und operativen Harninkontinenzbehandlungen wird die Diskussion eines einzeitigen oder zweizeitigen Vorgehens vielerorts geführt.

Die CISH-Technik und deren Einsatz in einem individuellen Behandlungskonzept bei komplexen rekonstruktiven Beckenbodeneingriffen und „Adenomyosis uteri interna“ wird vorgestellt.

CISH

Classic Intrafascial Supracervical Hysterectomy

07. September 1991 in Kiel erste CISH

Indikationen

- Uterus myomatosus
- Adenomyosis uteri interna/Endometriose
- Zyklusstörungen
- Dysmenorrhoe
- Unterbauchschmerzen
- Adipositas
- Nullipara
- Begleitende Streß-HIK
- Begleitender Descensus
- Begleitende Adnexbefunde, Adhäsionen



Einbringen der Instrumente



Absetzen der Adnexe über Endonähte und Präparation des Blasenperitoneums



Supracervicales Absetzen des Corpus uteri und Entnahme durch den Makromorcellator



Peritonealverschluss nach Cervixverschluss

Ziel

Ziel ist die Erstellung eines individuellen Behandlungskonzeptes unter Berücksichtigung der relevanten Organpathologie von Uterus, Adnexe und Peritoneum sowie des vorderen, mittleren und hinteren Kompartiments der Vaginalfaszie. Durch eine erweiterte Sonographie können die Wandstrukturen von Corpus und Cervix uteri differenzierter dargestellt werden. Die Dopplersonographie zeigt die individuelle Gefäßversorgung. Die Introitussonographie gibt Hinweise auf einen gleichzeitigen Fasziendefekt. Eine Harninkontinenz wird durch eine Urodynamische Messung abgeklärt. Das operative Vorgehen wird individuell abgestimmt. Es werden die laparoskopischen Techniken CISH, LASH, TLH, LAVH durchgeführt. Bei Erhalt der Cervix sind begleitende Eingriffe wie Mesh-Repair, TVT, Transobturatorielle Band- oder Netzeinlagen einzeitig möglich.

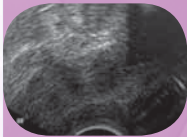
B-Bild-Optimierung

- > Niedriger Dynamikbereich
- > hohe Kontraststärke
- > Wandstruktur besser beurteilbar
- > Adenomyosis uteri interna, Cervixcysten, Myome



Blasenhals und Urethra

- > Blasenhals in Ruhe
- > Trichter bei Stress-HIK



Ermittlung der korrekten Bandlage

- > TVT/TOB-Lage im mittleren Drittel
- > präoperative Ultraschallmessung
- > Bestimmung der korrekten Bandlage bei individueller Schwankung der Urethralänge

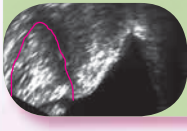
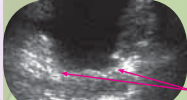


Cystocele bei gut fixiertem Uterus

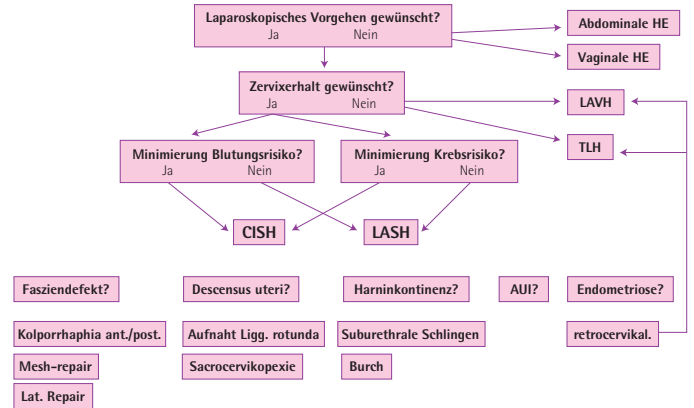


Fasziendefekte

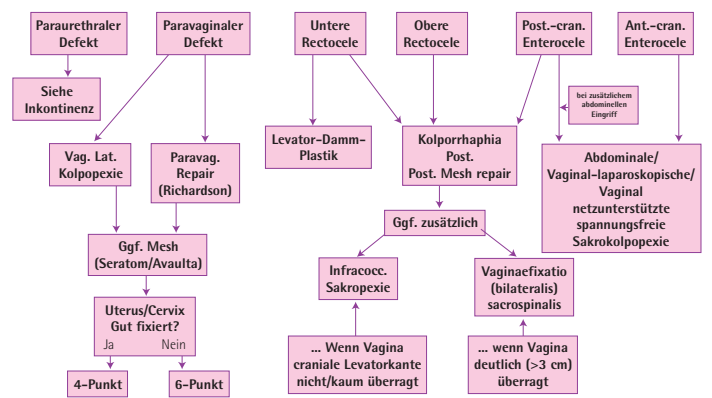
- Lateral Traktionscystocele
- Zentral Pulsionscystocele
- Quetschhahnphänomen



Anwendungsalgorithmus Laparoskopische Hysterektomie

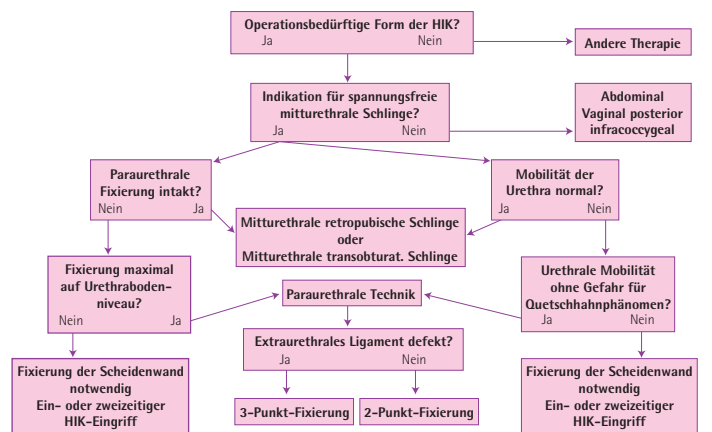


Anwendungsalgorithmus Descensus

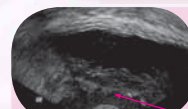


Nach A. Fischer Rüdeshelm

Anwendungsalgorithmus HIK

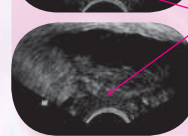


Nach A. Fischer Rüdeshelm



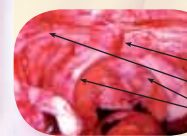
Anteriorer Mesh-Repair

Netzimplantat



Laparoskopische supracervikale Hysterektomie (CISH)

3 Jahre postoperativ
Cervixstumpf
Lig. rotundum
Lig. sacrouterinum



Zusammenfassung

Die CISH ist eine komplikationsarme OP-Technik bei der die äußere Muskulatur der Cervix mit ansetzenden Band- und Nervenstrukturen erhalten bleibt. Im Gegensatz zur LASH finden sich persistierende zyklische vaginale Blutungen nur in bis zu 2%. Die histologische Aufarbeitung zeigt sehr häufig eine Adenomyosis uteri interna, auch im Isthmocervikalen Stanzzyylinder. Insofern könnten insbesondere Frauen mit Adenomyosis uteri interna von der erweiterten Exzision des Endometriums profitieren. Durch eine gezielte präoperative Diagnostik lassen sich Organpathologien und Fasziendefekte sicher darstellen. Im Rahmen eines differenzierten Behandlungskonzeptes bei rekonstruktiven Beckenbodeneingriffen können gute Ergebnisse erreicht werden. Gleichzeitige Eingriffe bei Descensus und Harninkontinenz sind komplikationsarm möglich. Die verschiedenen laparoskopischen Techniken sollten beherrscht und indikationsadaptiert durchgeführt werden. Regelmäßige Nachuntersuchungen durch den Operateur (3, 6, 12 Monate postoperativ) sind sehr empfehlenswert.