

Aus der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe  
Auguste-Viktoria-Krankenhaus Berlin

DISSERTATION

Operatives Management von Ovarialtumoren im Jahre 1996  
in der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Auguste-  
Viktoria-Krankenhauses Berlin

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät der Charité –  
Universitätsmedizin Berlin

von

Rosemarie Bock

aus Uetersen

Gutachter: 1. Priv.-Doz. Dr. med. H. Mecke  
2. Prof. Dr. Dr. med. R.L. de Wilde  
3. Priv.-Doz. Dr. med. M. David

Datum der Promotion: 23.06.06

Abstract:

To evaluate the diagnostic and surgical management of ovarian tumors we analyzed 519 women with benign tumors, borderline lesions and malignant ovarian tumors retrospectively .

On the basis of pre- and intraoperative examination results (palpation, ultrasound, inspection of the cyst surface under magnification) 441 women (85%) were treated laparoscopically and 39 (7,5%) by laparotomy. 39 (7,5%) laparoscopies were converted into laparotomy because of technical reasons such as severe adhesions, tumor size or intraoperative suspicion of malignancy.

Most of the tumors (94,9%) were benign (28% functional cysts, 20,7% Endometriomas, 10,3% Dermoid cysts, 8,5% Cystomas).

We found borderline lesions in 9 patients (2%). The treatment varied from simple laparoscopic Cystectomy followed by unilateral Adnectomy (n=2) to abdominal Hysterectomy with bilateral Adnectomy , in one case including Omentectomy and Lymphonodectomy of the pelvis.

Of 17 patients with ovarian carcinomas, four were primarily treated laparoscopically, three underwent following laparotomy at the same time. One patient had undergone laparoscopic Adnectomy before the histological evaluation revealed a stage Ia tube carcinoma. The necessary complementary Operation was performed 8 days later.

## Zusammenfassung

Gegenstand dieser Arbeit war die Analyse des diagnostischen und operativen Management von Ovarialtumoren im Jahre 1996 in der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses Berlin. Ausgewertet wurden retrospektiv 519 Kranken-geschichten von Patientinnen, die im Jahre 1996 wegen eines Ovarialtumors operiert wurden.

Von den 519 Patientinnen konnten 441 (85%) ausschließlich laparoskopisch operiert werden. In 39 Fällen (7,5%) wurde eine primäre Laparotomie durchgeführt und 39 Patientinnen (7,5%) mußten sekundär laparotomiert werden  
94,9% der Ovarialtumoren waren benigne (28% funktionelle Zysten, 20,7% Endometriose-zysten, 10,3% Dermoide, 8,5% Kystome)

Bei neun Patientinnen fanden wir Borderline-Tumoren. Die Therapie variierte von primär einfacher Zystenexstirpation per laparoscopiam mit nachfolgender Ovaryektomie bzw. Adnektomie bis zur abdominalen Uterusexstirpation mit Adnektomie beidseits, Omentektomie und pelviner Lymphonodektomie. Nur zwei Patientinnen wurden ausschließlich laparoskopisch therapiert.

Vier Patientinnen mit einem Karzinom wurden primär laparoskopiert, zwei wurden in der gleichen Sitzung stadiengerecht operiert, bei einer Patientin wurde aufgrund des ausgedehnten Befalls nur eine explorative Laparotomie vorgenommen.

Nur bei einer Patientin wurde die geforderte stadiengerechte Therapie im Intervall von fünf Tagen nicht eingehalten. Nach einer laparoskopischen Adnektomie bei einem Tubenkarzinom Ia erfolgte die stadiengerechte Operation erst im Intervall von acht Tagen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1.	Geschichte der Laparoskopie	1
1.2.	Vor- und Nachteile bei laparoskopischen Operationen von Ovarialtumoren	2
1.3.	Laparoskopische Therapie von Ovarialtumoren mit dem Bergebeutel	6
1.4.	Leitlinie zur laparoskopischen Operation von Ovarialtumoren	7
<b>2.</b>	<b>Zielsetzung</b>	<b>14</b>
2.1.	Fragestellung	14
2.2.	Problematik	14
<b>3.</b>	<b>Material und Methoden</b>	<b>16</b>
3.1.	Datenerfassung und Patienterhebungsbogen	16
3.2.	Präoperative Diagnostik	16
3.3.	Indikation	17
<b>4.</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>18</b>
4.1.	Altersverteilung	18
4.2.	Einweisungsdiagnosen	18
4.3.	Voroperationen	19
4.3.1.	Zystenrezidiv	20
4.4.	Aktuelle Anamnese	21
4.4.1.	Menopausenstatus	21
4.4.2.	Beschwerden	21
4.4.3.	Beobachtungszeiträume der Ovarialtumore	22
4.4.3.1.	Die Beobachtungszeiträume der Ovarialtumoren bei prae- und postmenopausalen Patientinnen	23
4.4.4.	Größenzunahme der Ovarialtumoren	23
4.4.4.1.	Größenzunahme der Ovarialtumoren bei prä- und postmenopausalen Patientinnen	24
4.5.	Präoperative Diagnostik	25
4.5.1.	Palpationsbefund der Ovarialtumoren	25
4.5.2.	Sonographie	25
4.5.2.1.	Sonographischer Durchmesser der Ovarialtumoren und histologischer Befund	25
4.5.2.2.	Sonomorphologie	27
4.5.3.	Präoperative Computertomographie	31
4.5.4.	Tumormarker	32
4.6.	Präoperative Verdachtsdiagnose	34
4.7.	Intraoperative Verdachtsdiagnose	34
4.7.1.	Operatives Management bei makroskopisch bzw. lupenoptisch suspekten Ovarialtumoren	35
4.8.	Art des operativen Eingriffs	37
4.8.1.	Laparoskopie	38
4.8.1.1.	Altersverteilung und Menopausenstatus	38
4.8.1.2.	Sonometrie der laparoskopisch operierten Ovarialtumoren	38
4.8.1.3.	OP-Technik bei der Laparoskopie	39
4.8.1.3.1.	Verwendung eines Bergebeutels	40
4.8.1.3.2.	Zystenruptur bei der Laparoskopie	40
4.8.1.3.3.	Histologie der rupturierten Zysten	41
4.8.1.4.	Intraoperative Komplikationen bei den laparoskopischen Eingriffen	42
4.8.1.5.	Postoperativer Verlauf nach laparoskopischen Eingriffen	43
4.8.2.	Laparotomie	44
4.8.2.1.	Primäre Laparotomie	44
4.8.2.1.1.	Altersverteilung und Menopausenstatus	44
4.8.2.1.2.	Sonometrie der Ovarialtumoren bei der primären Laparotomie	45
4.8.2.1.3.	Indikation zur primären Laparotomie	45
4.8.2.1.4.	OP-Technik bei der primären Laparotomie	46
4.8.2.2.	Sekundäre Laparotomie	47

4.8.2.2.1.	Altersverteilung und Menopausenstatus	47
4.8.2.2.2.	Sonometrie der Ovarialtumoren bei der sekundären Laparotomie	48
4.8.2.2.3.	Indikation zur Konversion von Laparoskopie zur Laparotomie	48
4.8.2.2.4.	OP-Technik bei der sekundären Laparotomie	49
4.9.	Histologische Ergebnisse	50
4.9.1.	Funktionelle Zysten	50
4.9.2.	Histologie und Menopausenstatus	51
4.9.3.	Histologie und präoperative Verdachtsdiagnose	52
4.9.4.	Borderline-Tumor und operativer Eingriff – Einzelfallanalyse	54
4.9.5.	Karzinome und operativer Eingriff	61
4.10.	Vergleich der operativen Eingriffe in Bezug auf Alter, Sonometrie, Histologie, OP- Dauer und Krankenhausverweildauer	62
4.10.1.	Altersverteilung	62
4.10.2.	Sonometrie	63
4.10.3.	Histologie	64
4.10.4.	Operationsdauer und Krankenhausverweildauer	64
<b>5.</b>	<b>Diskussion</b>	<b>67</b>
5.1.	Nach welchen Kriterien erfolgte die präoperative Beurteilung der Ovarialtumoren und die Indikationsstellung zur operativen Laparoskopie versus Laparotomie?	67
5.1.1.	Präoperative Diagnostik	67
5.1.1.1.	Sonographie	68
5.1.1.2.	Dopplersonographie	70
5.1.1.3..	Tumormarker CA 12-5	71
5.1.2.	Laparoskopie versus Laparotomie	72
5.1.3.	operativ-therapeutisches Management	74
5.1.3.1.	Bergebeuteltechnik	75
5.2.	Wie viele Patientinnen mit funktionellen Zysten wurden im Jahre 1996 im AVK operiert? Erfolgte die Laparoskopie wegen der symptomlosen Funktionszyste oder gab es noch andere OP-Indikationen?	76
5.3.	Wie wurden Patientinnen mit einem Dermoid therapiert?	77
5.4.	Wie wurden Patientinnen mit Borderline-Tumoren therapiert und nachgesorgt?	78
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>82</b>
<b>7.</b>	<b>Literatur</b>	<b>84</b>

## **Danksagung**

**Herrn Priv.-Doz. Dr. H. Mecke** möchte ich für die freundliche Überlassung des Themas und für seine fachliche Betreuung danken.

Für die Unterstützung bei der Datenerfassung und Auswertung danke ich **Frau Gisela Sietas**.

Besonders danken möchte ich **Herrn Dr. rer. nat. Martin Kliche** und **Frau Dr. med. Reka Taller** für ihre immerwährende Unterstützung .

## Eidessstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Rosemarie Bock, an Eides statt, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema:

Operatives Management von Ovarialtumoren im Jahre 1996 in der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses Berlin

selbständig angefertigt habe, die Arbeit auch in Teilen keine Kopie anderer oder eigener Arbeiten darstellt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt wurden.

Berlin , 30.10.05

Rosemarie Bock