

3. Material und Methoden

3.1. Datenerfassung und Patientenerhebungsbogen

Die vorliegende Arbeit ist eine retrospektive Untersuchung. Nach Einsicht der Operationsbücher wurden 519 Patientinnen ermittelt, die im Jahre 1996 in der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses (AVK) in Berlin wegen eines Ovarialtumors operiert wurden. Bei 35 der 519 Patientinnen fanden sich zwei Ovarialtumoren, insgesamt wurden 554 Ovarialtumoren retrospektiv analysiert. Extrauteringraviditäten blieben unberücksichtigt, während Sactosalpingen und Para-Ovarialzysten mit einbezogen wurden.

Grundlage der Erhebungen bildeten die archivierten Krankengeschichten der operierten Patientinnen. Die Daten wurden auf einen dafür entworfenen Fragebogen übertragen, wobei die Ausprägungen der quantitativen und qualitativen Merkmale verschlüsselt wurden.

3.2. Präoperative Diagnostik

Bei allen Patientinnen wurden bei stationärer Aufnahme neben den allgemeinen präoperativen Untersuchungen wie Laborwertbestimmungen, Elektrokardiogramm, Röntgen-Thorax und der körperlichen Untersuchung die bimanuelle gynäkologische Untersuchung durchgeführt. Beurteilt wurden Lage, Größe, Form und Beweglichkeit des Uterus, die Adnexe, sowie bei palpablen Tumoren im kleinen Becken deren Größe, Beweglichkeit, Konsistenz und Organzuordnung.

Die vaginosonographische Untersuchung wurde mit einem Vaginalschallkopf mit einer Frequenz von 3,5 MHz der Firma Siemens durchgeführt. Beschrieben wurden Größe, Organzugehörigkeit, Binnenstruktur (solide Anteile, papilläre Anteile), Einkammerig- oder Mehrkammerigkeit und der Inhalt (echoarm, homogen, echoreich, inhomogen).

Dopplersonographische Untersuchungen wurden nicht durchgeführt.

3.3. Indikation

Anamnestisch wurden das Alter der Patientin, der Menopausenstatus, gynäkologische Voroperationen wie vorangegangene Hysterektomie, einseitige Ovariectomie und Ovarialzystenoperation erfaßt.

Als Prämenopause definierten wir die gesamte reproduktive Phase (WHO-Definition) einschließlich des Zeitraumes zwischen Prämenopause und Menopause (nach der WHO-Definition die Perimenopause). Als postmenopausal galten Frauen mit Amenorrhoe von mindestens einem Jahr.

Besondere Berücksichtigung fanden auch die Einweisungsdiagnose, die Dauer seit Diagnosestellung des Ovarialtumors und die Größenzunahme im Beobachtungszeitraum. Als klinische Befunde wurden der Palpationsbefund und die von der Patientin angegebene Beschwerdesymptomatik aufgenommen.

Bei den bildgebenden Verfahren wurde das Hauptaugenmerk auf die Vaginalsonographie gelegt.

Nach Zusammenstellung aller erhobenen Befunde wurde eine präoperative Verdachtsdiagnose gestellt.

Die Indikation zur operativen Laparoskopie bzw. primären Laparotomie wurde in Abhängigkeit von der erwarteten Dignität des Tumors bzw. der Zusatzindikation (z. B. Uterusexstirpation) vom Chefarzt und den Oberärzten, in Ausnahmefällen auch von erfahrenen Fachärzten, gestellt. Bei allen Laparoskopien ist die Konversion zur Laparotomie möglich, und im AVK besteht jederzeit die Möglichkeit zur Schnellschnittdiagnostik.

Alle Patientinnen wurden über den Umfang, die typischen Risiken der geplanten Operation und über die sich möglicherweise intraoperativ ergebende Notwendigkeit einer Laparotomie mit Ausweitung des Eingriffs aufgeklärt.