

6.0.0 Diskussion

Die steigende Lebenserwartung erschwert zunehmend die vollständige Erfassung von gynäkologischen Operationen bei alten Frauen. Die bekannte Divergenz zwischen biologischem und chronologischem Alter macht die Festlegung einer Altersdefinition schwierig. Das ist besonders von Bedeutung, wenn die Altersgrenze bei der Auswertung des Materials zu niedrig, wie z.B. 60 Jahre angesetzt ist. Daher haben wir uns den Autoren angeschlossen, welche sich für eine realistische Altersgrenze von 80 Jahren entschieden haben {8,41,71,74,79,84,129,143,169,179}.

Ein Vergleich zwischen den einzelnen Literaturangaben ist wegen der unterschiedlichen Ausrichtung der Arbeiten mit Betrachtung z.B. onkologischer Patientinnen {41,74} oder die Einbeziehung von Mammaoperationen {71,143} nur schwer möglich. Die gewonnenen Ergebnisse müssen daher mit einem gewissen Vorbehalt zur Kenntnis genommen werden, da die untersuchten Krankenkollektive durch die verschiedenen Bevölkerungsstrukturen, den unterschiedlichen Möglichkeiten der ärztlichen Versorgung und der persönlichen Einstellung des medizinischen Personals zu einzelnen Operationsmethoden beeinflusst werden.

Mit der Ausnahme von Vácha {180}, der 5615 Eingriffe aus 21 tschechoslowakischen Frauenkliniken unter Berücksichtigung der 60-jährigen Altersgrenze beschreibt, sind uns im bisherigen Schrifttum lediglich die Mitteilungen bekannt, in denen das Operationsgut einer Klinik analysiert worden ist. Dank der positiven Einstellung der Berliner Chefärzte zur "Operativen geriatrischen Gynäkologie" wurde uns kollegial ermöglicht, das Material von 12 Frauenkliniken auszuwerten.

Die zunehmende Bedeutung der gynäkologischen Alterschirurgie bestätigt sich auch in unserem Operationsgut. In den 25 Jahren (1970-1994) sind 4702 gynäkologische Eingriffe bei 80-jährigen und älteren Patientinnen in 12 Berliner Frauenkliniken durchgeführt worden. Es konnten 4533 Krankenblätter gesichtet werden. In den einzelnen 5-Jahres-Zeiträumen zeigt sich eine eindeutige Zunahme der Operationen. In der ersten Zeitspanne (1970-1974) wurden 418 Krankenblätter ausgewertet {84}, und im letzten Zeitraum (1990-1994) konnten wir schon an 1473 Krankenakten eine Analyse durchführen. Ähnlich ist der Trend in der Arbeit von Hitzmann und Heidenreich {71}: Hier kommt es im Vergleich des Operationsmaterials der Jahre 1983 und 1993 zu einem Anstieg der Operationszahlen bei 80-jährigen und älteren Patientinnen von 13 auf 60.

Der signifikante Anstieg der Operationen an über 80-Jährigen verdeutlicht die aktuelle Bedeutsamkeit der "Operativen geriatrischen Gynäkologie". Diese Erkenntnis halten wir für einen wichtigen Beitrag unserer Arbeit.

Unser Material enthält 481 "Maligne Tumoren" und nimmt somit 32,7% des Operationsgutes ein. Das der Anteil der onkologischen Erkrankungen gegenüber den Vorjahren - (Jaluvka {79} 46,7%, Köchli et al. {93} 56,2%, Hitzmann und Heidenreich {71} 72,2%, Nahhas und Brown {125} 76,9%, Sevelde et al. {159} 50,2%) - abgenommen hat, liegt zum einen an der Nichtberücksichtigung der Mammaerkrankungen und zum anderen an der großen Zahl von kleinen Eingriffen mit benigner Indikation (insbesondere 408 diagnostischen Abrasionen).

Im Hinblick auf die zunehmende Lebenserwartung der Frau steigt auch die Erlebbarkeit eines Rezidivs einer malignen Erkrankung. In unserer Operationsstatistik der Berliner Frauenkliniken wurde bei den Malignomen 439mal (91%) ein primärer Eingriff durchgeführt und 42mal (9%) Rezidive entfernt. Bei den Karzinomen, soll nach Möglichkeit durch einen angepaßt radikalen, mit kurativem Ansatz, auch den alten Frauen die Folgen der Tumorprogression erspart bleiben. Bei älteren Patientinnen steht u.a. nach Kucera et al. {99}, anders als bei jüngeren Frauen, vor allem die Verbesserung der Lebensqualität im Vordergrund.

Die gynäkologischen Karzinome weisen ebenfalls in den Arbeiten mit der 80-jährigen Altersgrenze bekanntlich unterschiedliche Häufigkeiten auf. An erster Stelle steht fast immer das Korpuskarzinom. Eine Ausnahme stellt das Material von Anthuber {8} dar, hier befindet sich das Vulvakarzinom auf Rang eins. Bei Betrachtung der altersspezifischen Inzidenzrate der gynäkologischen Malignome steht auch in unserem Kollektiv das Korpuskarzinom an erster Stelle, gefolgt vom Ovarial-, und Vulvakarzinom. Diese Trias gynäkologischer bösartiger Tumoren findet sich u.a. gleichermaßen in dem Operationsgut von Jaluvka{79} und Uzel und Kolarova {179} bestätigt.

Nach maximaler Forderung von McGonigle et al. {117} sollte in gleicher Weise bei alten Patientinnen mit einem Korpuskarzinom die Laparotomie mit Erhebung der Peritonealzytologie, Inspektion der Bauch- und Beckenorgane als auch der retroperitonealen Lymphknoten und anschließender abdominalen Hysterektomie inbegriffen der Adnexen beidseits inklusive der

selektiven pelvinen und para-aortalen Lymphadenektomie als Methode der Wahl gelten. Dieses Vorgehen verursacht keine erhöhten Komplikationsraten des älteren Patienten im Vergleich zu einer jüngeren Kohorte {62,64,174}.

Die 214 bösartigen Geschwülste des Corpus uteri stellen 44,5% der onkologischen Erkrankungen unserer Patientinnen dar. In den Berliner Frauenkliniken wurde neben 53 diagnostischen Eingriffen (davon 48 fraktionierte Abrasionen), kausale Operationen wie drei Operationen nach Wertheim und 131 abdominale bzw. 23 vaginale Uterusexstirpationen durchgeführt. Der Forderung nach gleichzeitiger Adnexentfernung wurde hier mit Ausnahme von drei vaginalen Hysterektomien und einer supravaginalen Uterusamputation in 157 Fällen (97,5%) Rechnung getragen.

Als zweithäufigste maligne Geschwulst in unserem Operationsgut konnten wir 95 bösartige Eierstockgeschwülste notieren. Das Ovarialkarzinom geht bei einer Greisin mit einer erhöhten Inzidenz, und da meist schon im fortgeschrittenen Stadium, auch mit einer schlechteren Prognose einher. Demungeachtet sollte auch hier jede Frau mit einem unklaren Unterbauchtumor einer Operation unterzogen werden {103,117}. Die Therapie in unserem Operationsgut erfolgte überwiegend mittels Salpingo-Oophorektomie, hierbei wurde in 44 Fällen auch die Gebärmutter einschließlich einmal der Uterusstumpf entfernt. 23 Eingriffe sind aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums der Erkrankung lediglich als palliativ zu kategorisieren. Dennoch sind dies doch weit weniger als z. B. im Kollektiv von Cloven et al. {41} indem nur 25% in kurativer Intention operiert werden konnten.

Als ein ausgesprochenes geriatrisches Krebsleiden gilt das Vulvakarzinom. Alternative Therapieverfahren gegenüber der Operation sind nach Anthuber {8} hier meist nicht akzeptabel, da die Rücknahme der operativen Kausalität oder das Nichtbehandeln zu frühen Rezidiven und daraus folgender dauerhaften Pflegebedürftigkeit der Patientin führt. Im Operationsgut von Hyde et al. {74} hatte die operative Standardtherapie -als solche galt hier die "lokale radikale Tumorexzision" mit oder ohne Lymphknotendissektion in Abhängigkeit von der Tumorerinfiltration - eine erhöhte mittlere Lebenserwartung zur Folge.

Die 78 Vulvakarzinome in unserem Operationsgut (24 Vulvektomien, 15 Hemivulvektomien, 22 Tumorexstirpationen, 17 Probeexzisionen) konnten wir retrospektiv bezüglich der Therapiequalität nicht näher analysieren, weisen sie mit zwei Todesfällen nur eine geringe Krankenhaussterblichkeit

von 2,6% auf. Im Unterschied hierzu beschreibt Anthuber {8} eine perioperative Letalität von 18,1% in seinem Kollektiv.

Das Altersgipfel des Zervixkarzinoms liegt bekanntlich vor dem 60. Lebensjahr. Dies könnte nach McGonigle et al. {117} zu der mißverständlichen Meinung führen, daß die älteren Patientinnen einer wesentlich geringeren Gefährdung unterliegen, an einem Gebärmutterhalskrebs zu erkranken. Oft liegen hier bereits schon fortgeschrittene Tumorstadien bei den Patientinnen vor. Auch wenn die Strahlentherapie bei frühen Stadien eine Alternative für die alte Patientin bietet, sollte die primäre operative Intervention vor allem die Radikaloperation nach Wertheim die Therapie der Wahl sein {62,64,174}.

19 Operationen in den Berliner Frauenkliniken bei 44 Zervixkarzinompatientinnen hatten eine therapeutische Intention. Dabei konnten wir drei Operationen nach Wertheim und eine nach Schauta verzeichnen. Als nur bedingt adäquate Eingriffe sind neun abdominale und zwei vaginale Hysterektomien sowie zwei vaginale Stumpfexstirpationen respektive eine Kolpohysterektomie und eine Probepelaparotomie zu sehen. Einen offenkundig diagnostischen Charakter hatten 25 Eingriffe.

Die 169 gutartigen Geschwülste stellten 11,5% des gesamten Operationsgutes dar. Den weitaus größten Anteil bildeten hier die 151 benignen Ovarialtumoren. 65mal wurde die Adnexentfernung mit Durchführung einer abdominalen Hysterektomie kombiniert. Die 39 Fälle der beidseitigen Salpingo-Oophorektomien per laparotomiam können auch bei sehr alten Patientinnen mit ausgeprägter Multimorbidität nur bedingt als ein kausaler Eingriff gelten. Laparoskopisch wurde der Ovarialtumor lediglich 19mal entfernt. Hier muß jedoch berücksichtigt werden, daß wir das Material aus den Jahren 1990-1994 analysiert hatten. Es ist anzunehmen, daß der Anteil der Laparoskopien hier heute höher liegen würde.

Die größte Erkrankungsgruppe, die zu einer Operation in unserem Untersuchungsmaterial führte, waren die "Sonstigen gynäkologischen Erkrankungen" mit 529 Eingriffen. Die 396 Fälle von Blutungen im Senium, mit Nachweis einer gutartigen Histologie und damit auch einem verbindlichen Ausschluß eines Korpuskarzinoms, sind auch in unserem Operationsgut mit 26,9% die häufigste Indikation zum Eingriff in der gynäkologischen Alterschirurgie. Stecher {169} berichtete in ihrem Patientengut über einen nahezu identischen Anteil von 27,9%. In vielen Arbeiten hatte man leider "kleine Eingriffe" nicht berücksichtigt.

Als eine typische Operationsindikation der alten Patientin lassen sich die Lageveränderungen des Genitale mit oder ohne Harninkontinenz nennen. Eigens die Lebensqualität der Frau hängt ganz wesentlich von der Funktionsfähigkeit des Harntraktes ab {71,127,129}. Bekanntlich stellt die konservative Behandlung mittels Pessar keine ausreichende Linderung der Beschwerden dar. Daher sollte gerade bei dieser Erkrankungsgruppe die Indikation zur operativen Therapie breiter gestellt werden, da im Gegensatz zu onkochirurgischen Indikationsstellung die intra- und postoperative Komplikationsrate von vornherein kleiner einzuschätzen ist.

Die 121 vaginalen Hysterektomien wurden mit 43,6% die häufigste durchgeführte Operation zur Behebung einer Lageveränderung des Genitale in unserem Operationsgut. Bis auf eine Ausnahme wurden hier stets plastische Eingriffe mit durchgeführt. Die Kolpohysterektomie als rezidivsichest Operation von Frauen mit Genitalprolaps machte mit 32 Fällen 11,6% aller Operationen aus. Die sogenannten "behelfsmäßigen" Operationen hatten wir nur in 31 Fällen (14,7%) registriert. Die postoperative Mortalitätsrate nach Operation einer Lageveränderung des Genitale lag in unserem Kollektiv mit drei Todesfällen bei 1,1%. Nieminen und Heinonen {129} beschreiben nach 25 sacrospinalen Fixationen der Vagina bei 80-jährigen und älteren Patientinnen nur einen postoperativen Exitus.

Eine sorgfältige Bewertung präexistenter Begleiterkrankungen und deren Therapie stellen die Voraussetzung zur Beurteilung der Operabilität geriatrischer Patientinnen dar {18}. Zum Beispiel erhöht ein gut eingestellter Diabetes mellitus das Operationsrisiko bei einem elektiven Eingriff um 5-10%, aber ein nicht eingestellter sogar um 20-40% {69,166}.

Bei 327 Frauen (23,3%) in unserem Material wurde präoperativ eine Zuckerkrankheit bekannt. Bei 71 war eine entsprechende Diät ausreichend. Bei 156 Patientinnen wurde der Altersdiabetes mit Tabletten eingestellt. 37 Frauen waren insulinpflichtig. Bei 63 Zuckerkranken haben wir keine Hinweise auf deren Therapie gefunden.

Im untersuchten Operationsgut ereigneten sich sieben von uns allgemein als "Herz-Kreislauf-Komplikationen" definierte intraoperative Ereignisse, einschließlich eines Myokardinfarktes. Diese machten aber nur 16% der intraoperativen Komplikationen aus. Dies weist auf eine gute präoperative Vorbereitung der Patientinnen im Hinblick auf diese Risikofaktoren in Zusammenarbeit mit Anästhesisten und Internisten hin. Der weit größere

Anteil der intraoperativen Komplikationen hatten eine iatrogene Ursache. Hier verzeichneten wir 29 Verletzungen von Nachbarorganen und 8 Fälle von hohem Blutverlust.

Ein Literaturvergleich ist hier kaum möglich da nur wenige Autoren explizit Probleme, die sich intraoperativ ereignen erwähnen und es unterschiedliche Auslegungen über die Definition einer nennenswerten intraoperativen Komplikation gibt. Dies beweisen deutlich die unterschiedlichen Angaben einiger Verfasser. Schaffer und Winter {153} geben eine intraoperative Komplikationsrate von 12% an, verweisen jedoch primär auf anästhesiologische Probleme. Baltzer et al. {11} hingegen verzeichneten keine gravierenden intraoperativen Schwierigkeiten. Dazwischen liegen die Komplikationsraten von Kirschner et al. {90} 0,6% und Susini et al. {174} mit 7%. Wir errechneten eine relativ geringe Rate von 3,0%.

Die Gefahr für die alte Frau liegt eindeutig in der postoperativen Phase, da hier die Komplikationen nicht in vergleichbarer Weise wie intraoperativ zu lösen sind. Ein Zusammenhang zwischen Alter und postoperativen Komplikationen ist hier im wesentlichen in den internistischen Vorerkrankungen begründet.

Als zusätzlich erschwerender Faktor kommt die Dignität der Grunderkrankung hinzu. Patientinnen mit maligner Grunderkrankung sind mehr gefährdet als Frauen mit benignen. Baltzer et al. {11} wiesen in ihrem Operationsgut mit 60-jähriger Altersgrenze eine statistisch nachweisbare Beziehung zwischen benignen bzw. malignen Veränderungen und postoperativer Temperaturerhöhung, sekundärer Wundheilung und Pneumonien nach. So entwickelten bei ihm 1,6% der Patientinnen mit bösartigen Erkrankungen und 0,6% der Patientinnen mit gutartigen Erkrankungen eine postoperative Pneumonie.

Die Komplikationsrate im eigenen Material war zwar bei den benignen Erkrankungen mit 25% leicht höher als bei den malignen Dignitäten mit 22,8%. Dennoch wiesen die Karzinompatientinnen oftmals schwere Störungen wie ausgeprägte sekundäre Wundheilungen, Ileus und Peritonitis auf. Unsere gesamte postoperative Komplikationsrate betrug 24,3% und ist somit niedriger als bei Stecher {169} die in ihrem Kollektiv eine Häufigkeit von 41,7% angibt. Krauer {96} fand 1979 eine Komplikationsrate von 15-20%. Anthuber {8} publizierte eine von 17,6%. Allerdings lassen diese Zahlen keinen direkten Vergleich zu, da es schwierig ist, eine einheitliche Auffassung darüber zu erzielen, was eine erwähnenswerte Komplikation darstellt.

Entscheidend für die breitere Indikationsstellung bei alten gynäkologischen Patientinnen ist die Höhe der postoperativen Mortalität. Ihre allgemein verbindliche Definition, die eine Vergleichbarkeit der bisherigen Literaturangaben machen würde, ist nicht bekannt. Das ist besonders bedauerlich weil gerade hier ein Höchstmaß an Vergleichbarkeit der Literaturangaben anzustreben ist. Bereits im Jahre 1980 konnte Jaluvka {80} zeigen, daß gerade diese Forderung im bisherigen Schrifttum nur unzureichend erfüllt worden ist. Die Angaben zur Obduktion fand er sehr selten. Oft fehlten Hinweise auf den Zeitpunkt des Todes und auf das Alter der Patientinnen. Ebenfalls die Diagnosen und Angaben zur Operationsart lagen bei den Verstorbenen häufig nicht vor. Fast immer wurde die unmittelbare Todesursache und nicht die tödliche verlaufende, postoperative Komplikation in die Auswertung miteinbezogen.

Nur wenige Autoren haben die postoperative Mortalität nach einzelnen Erkrankungsarten analysiert. Lediglich einige Verfasser werteten den Operationsweg aus. Oft war z.B. der Zeitraum nach der Operation nicht angegeben worden, in dem die Todesfälle registriert worden sind. So mußte angenommen werden, daß häufig kein fester postoperativer Tag, sondern der eingetretene Exitus als Grenze galt. Darüber hinaus fand Jaluvka {80} sehr unterschiedliche Zeitspannen der erfaßten postoperativen Todesfälle: 10 Tage {177}, 15 Tage {10}, 25 Tage {43,140,162} und 30 Tage {126,131,154,159,187}. In fünf Mitteilungen ist von den Autoren die 30tägige Grenze erwähnt worden.

Wie sich die Einstellung der Gynäkologen auf dem Gebiet der „Alterschirurgie“ geändert hat, zeigt am besten die Arbeit von Mikulicz-Radecki aus dem Jahr 1956. Er fand im Material seiner Klinik eine Gesamtmortalität der operierten Frauen im Alter von 61 und 85 Jahren von 7,3%. Damit lag sie mehr als dreimal so hoch wie im gesamten Krankengut (2,2%). Sie war jedoch weder operations- noch alters-, sondern schicksalsbedingt. Daraus zog Mikulicz-Radecki {120} schon damals die auch aus heutiger Sicht richtige Schlußfolgerung, daß die qualitativ ungünstige Zusammensetzung des geriatrischen Krankengutes nicht zur therapeutisch-operativen Passivität berechtige.

Auch in den Arbeiten mit 80-jähriger Altersgrenze sind die einzelnen Mortalitätsraten nicht vergleichbar. Daher erscheint uns die Verfolgung der weiteren Entwicklung der postoperativen Mortalität in längeren Zeiträumen wichtiger zu sein, als ein Vergleich der unterschiedlich konzipierten Mitteilungen.

Jaluvka {80} hat schon bei der Auswertung des Materials der „Westberliner“ Frauenkliniken aus den Jahren 1960-1969 den Vorschlag von Strobel {173} erwähnt. Dieser rechnete alle Todesfälle zur postoperativen Mortalität (Krankenhaussterblichkeit), die sich unabhängig vom Zeitraum zwischen Operation und Tod während des stationären Aufenthaltes nach einem Eingriff ereigneten.

Die von uns für den Zeitraum 1990-1994 ermittelte Krankenhaussterblichkeit von 2,0% ist die niedrigste, seitdem die Problematik der "Operativen geriatrischen Gynäkologie" in Berlin analysiert wurde. (1970-1974 10,5%; 1975-1979 6,6%; 1980-1989 5,7%; 1985-1989 2,4%). Bei Nichtberücksichtigung der nach dem 30. postoperativen Tag Verstorbenen beträgt sie 1,6%. Die Feststellung der stetigen Abnahme der Krankenhaussterblichkeit halten wir für den wichtigsten Beitrag der vorgelegten Arbeit.

Sie spricht deutlich sowohl für die Intensität der interdisziplinären Betreuung der Patientinnen vor und nach der Operation als auch für die Qualität der operativen Behandlung von alten gynäkologischen Patientinnen in den Berliner Frauenkliniken.

Die Auswertung der Krankenhaussterblichkeit ist somit ein Mittel der Qualitätskontrolle zur Beurteilung der ärztlichen Versorgung. Bei ihrer Analyse zeigt sich, daß die vorhandene Multimorbidität mit dem allgemeinen Zustand der Patientin und das Malignomstadium bei krebserkrankten Frauen in unserem Operationsgut wichtigere prognostische Faktoren darstellen, als das Ausmaß der Eingriffe.

Im Jahre 1956 fragte Mikulicz-Radecki: "Ist das Wagnis, auch alten, mindestens 60-jährigen Frauen größere, operative Eingriffe zuzumuten, berechtigt? Wir sind der Ansicht, daß diese Frage nur mit Vorbehalt bejaht werden darf." Wie sich die Situation in unserem Fach verändert hat, beweist die Auswertung unseres Operationsgutes.

In der vorgelegten Arbeit wurde die klinische Berechtigung und Anwendbarkeit der 80-jährigen Altersgrenze bei der Bearbeitung von Problemen der "Operativen geriatrischen Gynäkologie" bewiesen. Die Analyse unseres Krankengutes belegt die Richtigkeit der Auffassung, daß das hohe Lebensalter von 80 Jahren keine Indikationsgrenze für notwendige operative Interventionen ist.