

6. 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 Krankengeschichten 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

Der Anteil an funktionellen Zysten betrug 28% (164 von 554 Adnextumoren). Ein Großteil dieser Patientinnen (n=121) gab Unterbauchschmerzen bei bestehender funktioneller Zyste an. Insgesamt 45 der funktionellen Zysten waren größer als 6 cm und/oder wiesen bei der sonomorphologischen Beurteilung Binnenstrukturen auf. Unter diesen Aspekten, sowie des vorselektionierten Patientengutes durch die niedergelassenen Gynäkologen entspricht diese Zahl der Forderung in der Literatur, den Anteil an funktionellen Zysten im Operationsgut möglichst gering zu halten.

Von den 59 Dermoidtumoren konnten 55 endoskopisch operiert werden. Bei sieben Patientinnen führten wir eine Adnektomie durch. In 20 der 48 durchgeführten Zystenexstirpationen rupturierte der Dermoidtumor. Nach ausgiebiger Spülung des Abdomens mit mehreren Litern Kochsalz sahen wir keine postoperativen Komplikationen.

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

Von diesen neun Patientinnen wurden fünf aufgrund der Tumorgöße und präoperativer Malignitätskriterien primär laparotomiert, vier Patientinnen erhielten eine Längsschnitt-Laparotomie. Nur zwei Patientinnen wurden ausschließlich laparoskopisch therapiert. Die

DNA-zytometrische Nachuntersuchung dieser neun Borderline-Tumoren ergaben diploide Stammlinien, aneuploide Tumoren fanden wir nicht.

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.

Insgesamt waren 74 Patientinnen (16,8%) der 441 ausschließlich laparoskopisch operierten Patientinnen über 50 Jahre alt. Da gerade die älteren Frauen von einer schnelleren Mobilisierung und damit Senkung der postoperativen Komplikationen profitieren, sollte diese Zielgruppe nicht wegen onkologischer Bedenken von den endoskopischen Operationsverfahren ausgeschlossen werden. Durch die Kombination von suffizienter präoperativer und intraoperativer Diagnostik während der Laparoskopie wird ein Maß an Sicherheit erreicht, welche den Einsatz der operativen Laparoskopie auch in der Postmenopause rechtfertigt.

Zusammenfassend läßt sich sagen, dass wir das endoskopische Operationsverfahren für geeignet halten zystische Adnexprozesse in jedem Alter zu operieren. Unter Berücksichtigung einer subtilen vaginal-sonographischen präoperativen Diagnostik und Beachtung der auf eine suspekten oder malignen Erkrankung hinweisenden Kriterien während des diagnostischen Teils einer Laparoskopie, ist das Risiko der iatrogenen Streuung eines nicht erkannten malignen Tumors als gering einzuschätzen.

Eine 100%ige Sicherheit gibt es bei keinem Operationsverfahren. Auch bei einer Laparotomie mit Zystenexstirpation kann der zystische Prozeß rupturieren. Ebenso kann nach einer durch Laparotomie durchgeführten Adnexoperation die nachfolgende histologische Untersuchung ein Karzinom oder Borderline Tumor ergeben, ohne dass dies prä-oder intraoperativ erkannt wurde.