

Hildesheim im April 2012

Liebe Patientinnen,

im Folgenden möchten wir das Spektrum unserer operativen Tätigkeit und unser Team vorstellen.

Wir haben nach langjähriger Krankenhaustätigkeit 2005 die Qualifikation „spezielle operative Gynäkologie“ erworben. Seit 2004 sind wir gemeinsam in Hildesheim als Frauenärzte niedergelassen und nehmen seitdem in der anästhesiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. med. M. Rohwedder/G. Engelhardt am Bahnhofplatz 6 ambulante operative Eingriffe vor. Seit 2009 bieten wir darüber hinaus auch endoskopische Gebärmutterentfernungen im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit dem St. Bernward-Krankenhaus an. Die eingefügten Fotos mit den entsprechenden Erläuterungen stammen von Operationen, die wir zwischen Januar und März d.J. durchgeführt haben.

Ihre



Dr. med. Jasmin Yazdan Pourfard



Dr. med. Christoph Uleer

1) Diagnostische und operative Gebärmutterspiegelung

Die einfache Gebärmutterspiegelung (**diagnostische Hysteroskopie**) dient v.a. dem Ausschluss eines bösartigen Tumors der Gebärmutter Schleimhaut (Endometriumkarzinom) bei der vaginalen Blutung in der Postmenopause oder bei einem auffälligen Befund in der Ultraschalluntersuchung des Unterleibes.

Bei der **operativen Hysteroskopie** geht man mit dem therapeutischen Ansatz vor, den im Ultraschall vermuteten Polypen oder die gutartige Geschwulst der Gebärmutterwand (Myom) mit einer elektrischen Schlinge, die man vor der Kamera bewegen kann, zu entfernen (siehe Abb. 1-4). Somit können organerhaltend Blutungsstörungen korrigiert oder eine mögliche Ursache für den unerfüllten Kinderwunsch behoben werden.

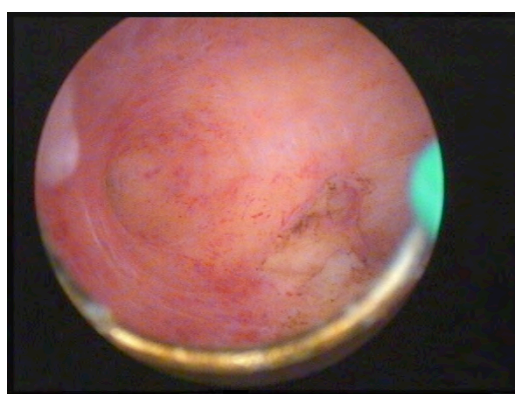
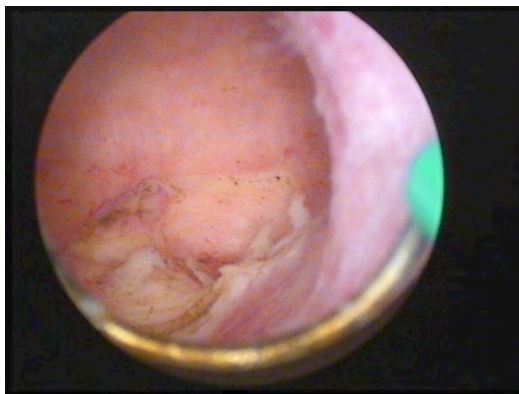
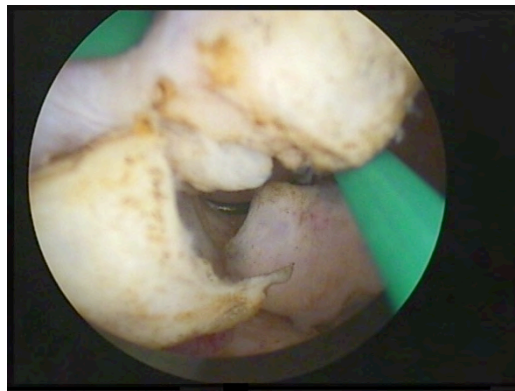
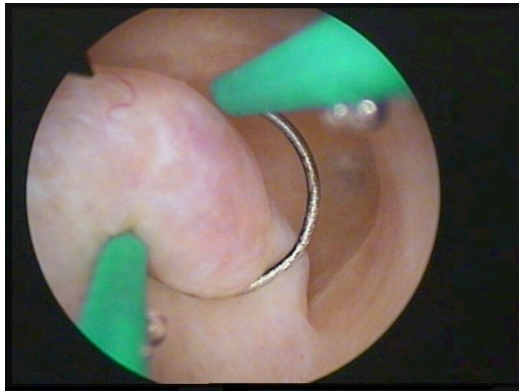


Abb. 1-4: operative Hysteroskopie mit Entfernung eines Myoms mittels elektrischer Resektionsschlinge

Wenn der Uterus im Ultraschall nicht verdächtig auf Myome oder Polypen ist und eine sehr starke Menstruationsblutung besteht, bietet sich die Endometriumphablation an, die wir mit der sogenannten Goldnetzmethodc anwenden. In der Gebärmutterhöhle wird dabei ein Goldnetz aufgespannt, über das bipolarer Strom auf die Gebärmuttersehleimhaut verabreicht wird (Abb. 5).

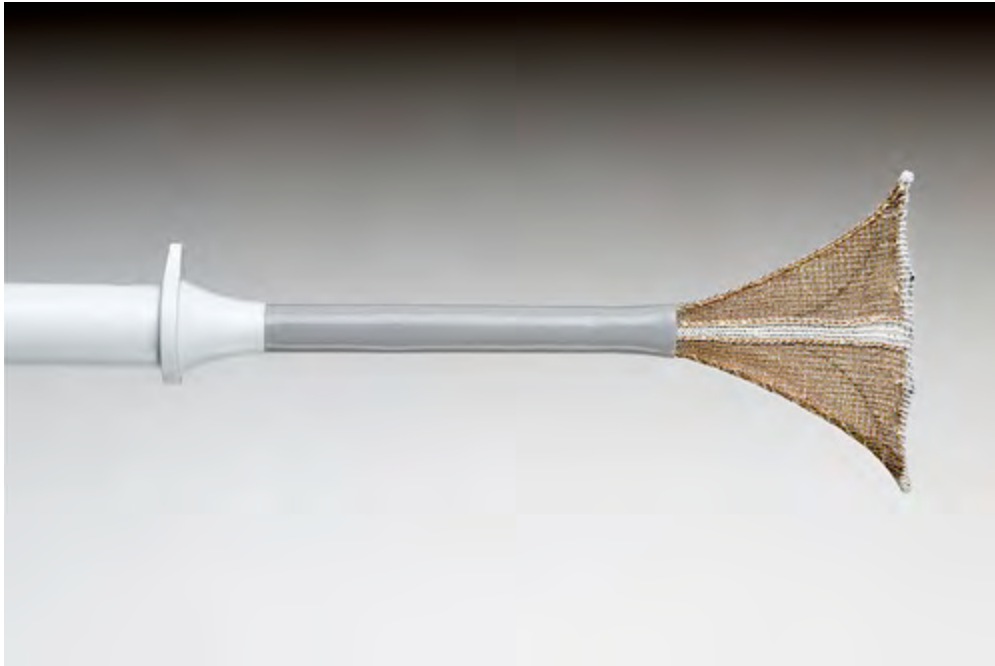


Abb. 5: über dieses Goldnetz wird in der Gebärmutterhöhle bipolarer Strom verabreicht und dadurch die Schleimhaut verödet

Gegenüber der klassischen Endometriumphablation ist hier keine! antihormonelle Vorbehandlung erforderlich und die Rate der zufriedenstellenden Blutungskontrolle höher. Die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen muss durch uns extra beantragt werden!

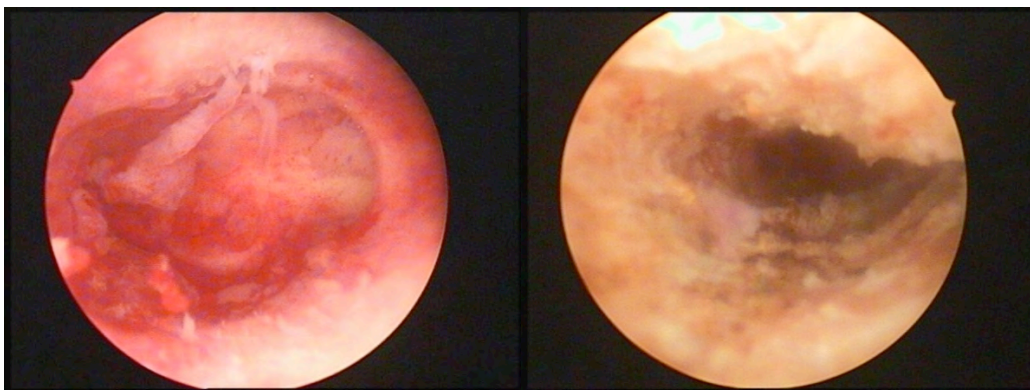


Abb. 6-7: Gebärmutterhöhle vor und nach der Endometriumphablation

Außer diesen vaginalen endoskopischen Eingriffen nehmen wir auch Abortausschabungen, Gewebeproben am äußeren Genitale und Abszessentfernungen vor. Mammachirurgisch beschränken wir uns auf die Entfernung sicher gutartiger Befunde nach histologischer Abklärung durch Sonostanze (z.B. Fibroadenome), sofern sich überhaupt die Indikation zur Entfernung eines Befundes ergeben sollte.

2) Schlüssellochtechnik durch die Bauchdecke: Laparoskopische Operationen

Als laparoskopische Operationen bieten wir im ambulanten Bereich die einfache diagnostische Laparoskopie, z.B. zur Abklärung unklarer Schmerzzustände oder bei unerfülltem Kinderwunsch die Überprüfung der Eileiterdurchgängigkeit an. Im Rahmen einer operativen Laparoskopie entfernen wir klinisch und im Ultraschall gutartig wirkende Eierstocktumoren (z.B. schmerzhafte Eierstockzysten, Endometrioseherde oder Dermoidzysten) oder Veränderungen des Eileiters (Saktosalpinx etc.) und gehen dabei je nach Alter und Indikation organerhaltend vor. Häufige Operationen sind ferner die Sterilisation und die prophylaktische Eierstockentfernung bds. bei jungen Frauen mit einem Brustkrebs.

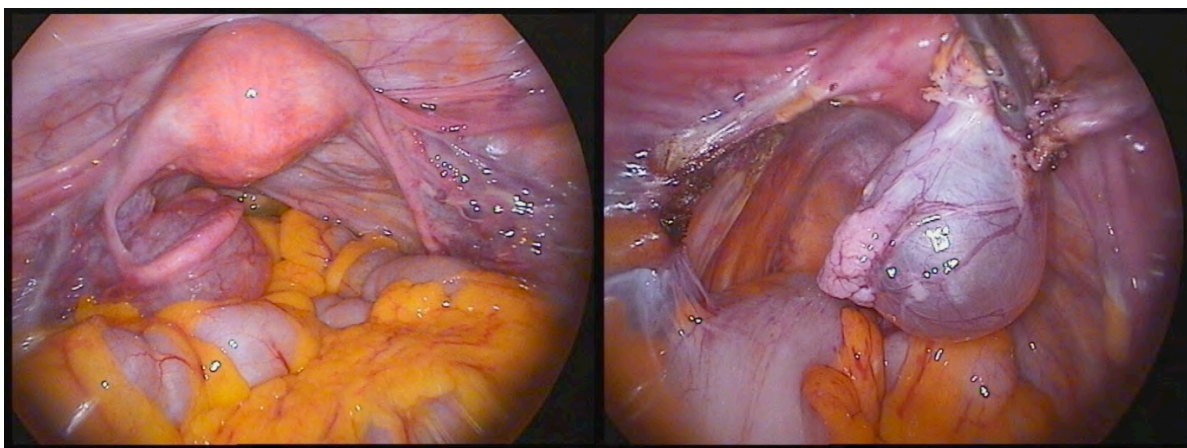


Abb. 8-9: Eierstockentfernung bds. bei Ovarialzyste links in der Postmenopause

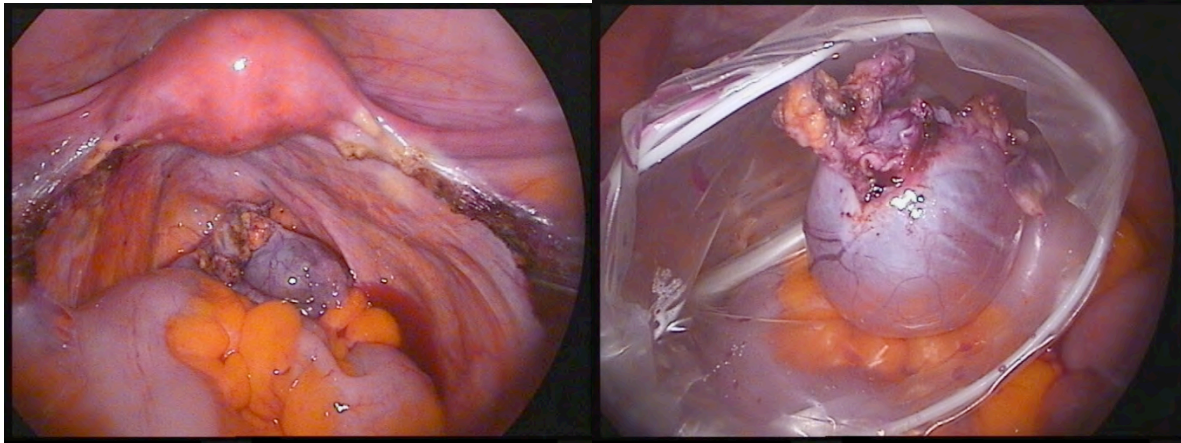


Abb. 10-11: Eierstöcke bds. entfernt, im Bergebeutel zur Ausleitung

Nach Zuweisung durch Ihren Frauenarzt /Hausarzt oder auf Ihre persönliche Initiative überprüfen wir die Notwendigkeit der entsprechenden Op, erklären den Ablauf der Op, den organisatorischen Ablauf und die Risiken des geplanten Eingriffs. Eine Op-Einwilligung wird ausgegeben, erläutert und darauf geachtet, dass diese unterschrieben vor der Op vorliegt. Vor aufwändigeren operativen Laparoskopien besprechen wir ferner abführende Maßnahmen und die perioperative Thromboseprophylaxe. Seit Beginn unserer ambulanten operativen Tätigkeit hat sich die gute Kooperation mit Herrn Dr. med. Michael Rohwedder im Ambulanten Op-Zentrum (AOZ) am Bahnhofsplatz 6 (Tel 780000) bewährt. Die Patientinnen werden von uns dort einmal präoperativ vorgestellt und nur bei älteren Patientinnen bzw. bei relevanten Begleiterkrankungen zusätzliche Untersuchungen eingeleitet (z.B. Labor, EKG und Röntgen-Thorax). Die perioperativen Abläufe sind unbürokratisch, zügig und gründlich zugleich. Am Nachmittag der Op kontaktieren wir die Patientinnen telefonisch und erkundigen uns nach ihrem Befinden. 8 Tage nach der Op erfolgt ein Gespräch über den postoperativen Verlauf, das feingewebliche Untersuchungsergebnis und mögliche Konsequenzen des Eingriffs sowie ggf. eine Kontrolluntersuchung und der Fadenzug. Die zuweisenden Ärzte und der Hausarzt erhalten einen Brief mit Op-Bericht und Histologie, aus der ausreichend Informationen zu entnehmen sind, um eine gute medizinische Weiterversorgung zu gewähren. Auf jeden Fall achten wir darauf, dass die Patientin sich zu den gynäkologischen Routineuntersuchungen wieder in der Zuweiserpraxis vorstellt.

Endoskopische Operationen unter stationären Bedingungen

Seit 3 Jahren bieten wir im St. Bernward-Krankenhaus im Rahmen eines Kooperationsvertrages Gebärmutterentfernungen und Myomentfernungen an: Der durch gutartige Geschwulste der Gebärmutterwand veränderte Uterus, der aufgrund seiner Größe eigentlich über einen Bauchschnitt entfernt werden müsste, kann durch die totale laparoskopische Hysterektomie (abgekürzt: TLH) zunächst aus seinen anatomischen Verbindungen gelöst und nach Absetzen des Uterus von der Vagina mit einem „Morcellator“ endoskopisch streifenweise entfernt werden. Falls der Erhalt des Gebärmutterhalses erwünscht ist, können wir die OP auch im Sinne einer Gebärmutterentfernung oberhalb des Gebärmutterhalses (laparoskopische suprazervikale Hysterektomie: LASH) durchführen (siehe Abb. 12-15).

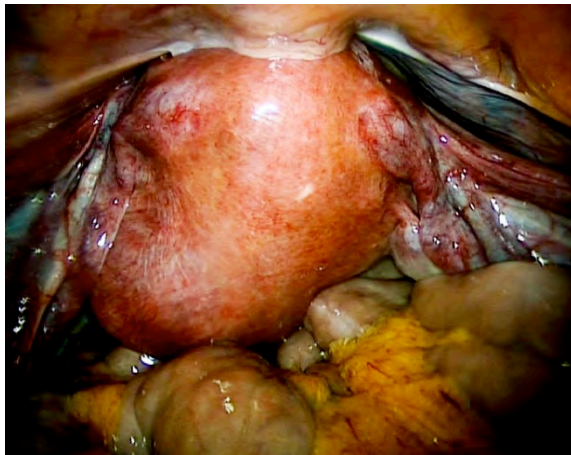


Abb. 12: Uterus myomatosus

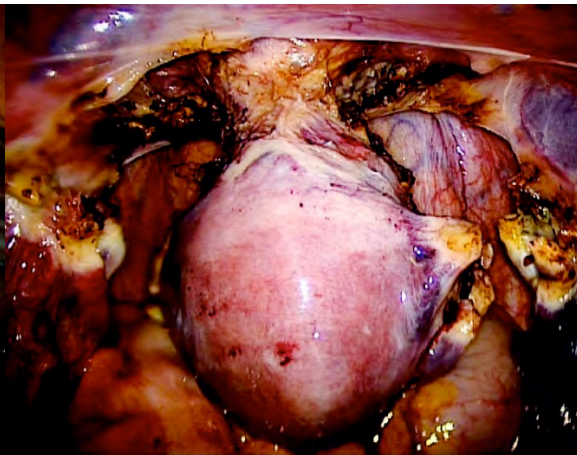


Abb. 13: Uterus, abgelöstes Bauchfell



Abb. 14: Gebärmutterhals

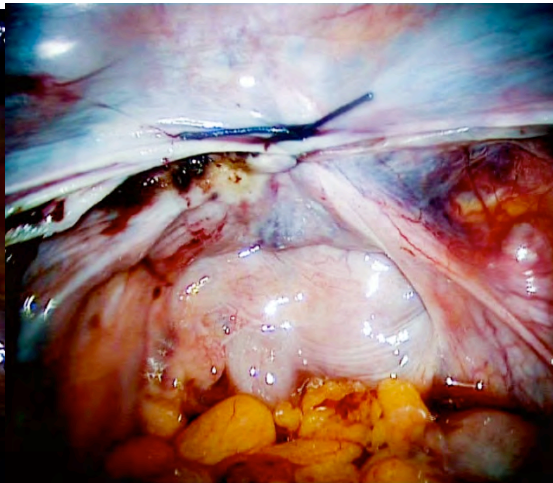


Abb. 15: Vernähung des Bauchfells über dem Gebärmutterhals

Sofern der Organerhalt des Uterus sinnvoll erscheint, besprechen wir alternativ zur Hysterektomie mit der Patientin gerne auch die endoskopische Myomentfernung. Zur Vorbereitung des Eingriffes müssen wir nach Erhebung der Krankenvorgeschichte die Patientin einmal präoperativ untersuchen und die geplante Op besprechen. Anschließend legen wir mit der Patientin den Op-Tag fest und koordinieren eine prästationäre Aufnahme in der Frauenklinik des St. Bernward-Krankenhauses (i.d.R. an einem Mittwoch) und führen schließlich die Op an einem Freitag durch, so dass die Entlassung am Montag danach erfolgen kann.

Viele Grüße,

Ihre

Dr. med. Jasmin Yazdan Pourfard

Dr. med. Christoph Uleer