

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften

Berliner Gynäkologische Gesellschaft

Sitzung am 27. 11. 1970

im Hörsaal der Universitäts-Frauenklinik (Charité) Berlin

1. Vorsitzender: Prof. Dr. med. habil. H. I g e l

2. Vorsitzender: Prof. Dr. med. habil. H. P o c k r a n d t

Schriftführer: Dr. med. habil. H.-U. L a u

Demonstrationen

Günther, J. (Berlin): Ungewöhnliche Geschwulst der Mamma. Bericht über ein Myxochondroosteosarkom der Mamma bei einer 57 Jahre alten Frau. Ausführliche Darstellung des abnormen klinischen Befundes und Verlaufs sowie der feingeweblichen Struktur des Tumor. Die Histogenese solcher mesenchymaler Mischgeschwülste wurde diskutiert und eine Entstehung aus einem Fibroadenom als wahrscheinlich angesehen. Kurze Stellungnahme zur Differentialdiagnose und Therapie der Mammassarkome. (Erscheint ausführlich an anderer Stelle.)

(Autorreferat)

Schulte, R. (Berlin): Beitrag zur Ultraschalldiagnostik unklarer geburtshilflicher Befunde. An Hand mehrerer Beispiele werden in diesem Beitrag Fälle vorgestellt, in denen die Ultraschalldiagnostik zur Klärung unklarer geburtshilflicher Diagnosen beigetragen hat. Insbesondere soll in der Demonstration die Gemini-Diagnostik mit dem B-Scan vorgestellt werden. — Gleichzeitig wird eine kurze Einführung in das Ultraschallschnittbildverfahren gegeben. (Ausführliche Veröffentlichung erfolgt im Zentralblatt für Gynäkologie.)

(Autorreferat)

Vorträge

Hagen, H., und V. Hahn (Berlin): Untersuchungen über die Phosphatasenaktivität im Endometrium (ein Beitrag zur funktionellen Sterilität). (Erscheint als Originalarbeit im Zentralblatt für Gynäkologie.)

c 2872
Zwahr, Chr. (Schwerin): Komplikationen der Interruptio — ein Erfahrungsbericht über 475 in der Bezirksfrauenklinik Schwerin durchgeführte legale Schwangerschaftsunterbrechungen. Nach kurzer Darlegung der Problematik der legalen Schwangerschaftsunterbrechungen wird ein Erfahrungsbericht über 475 in der Zeit vom 1. 1. 1967 bis 31. 12. 1969 durchgeführte Schwangerschaftsunterbrechungen in der Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses Schwerin gegeben. Die Interruptiones werden hinsichtlich ihrer Mortalität, der Operationskomplikationen sowie der Früh- und Spätschäden analysiert. Außerdem wird die Verteilung der Komplikationen auf die verschiedenen Methoden des Vorgehens dargelegt. Drei in Verbindung mit der Interruptio eingetretene Todesfälle werden beschrieben. — Operation und postoperativer Verlauf waren während der Zeit der klinischen Beobachtung bei 23,6% der Frauen gestört. Ambulante Nachuntersuchungen ergaben noch bei 16,2% der Frauen Spätkomplikationen. In dieser Zeit sind psychische und sexuelle Störungen sowie nachfolgende Sterilität nicht enthalten. 1,5% der Frauen mußten sich einer nochmaligen klinischen Behandlung unterziehen. Unter Berücksichtigung von Früh- und Spätkomplikationen waren Interruptio und postoperativer Verlauf bei 35,6% aller Frauen gestört. Daß die Interruptio kein harmloser Eingriff ist und unbedingt unter Abwägung des Risiko einer strengen medizinischen Indikationsstellung bedarf, das machen besonders die aufgetretenen schweren Komplikationen der 3 Todesfälle (0,65%), der kompletten Uterusperforationen mit notwendig werdender Totalexstirpation des Uterus mit 1,5% und die gedeckten Uterusperforationen mit 0,6% deutlich. — Infolge einer schnelleren Beendigung des Eingriffs, einer kleineren Zahl von Uterusverletzungen, der geringeren Häufigkeit komplizierter Verläufe und einer durch-

schnittlich kürzeren Klinikverweildauer erwies sich die Vakuumentleerung des Uterus mittels einer Saugapparatur gegenüber dem herkömmlichen einseitigen Vorgehen mit Abortuszange und Kürette als vorteilhafter. — Das bei der Interruptio gewonnene Material sollte auf jeden Fall histologisch untersucht werden, um eine evtl. noch nicht palpable Extrauterin gravidität nicht zu übersehen. Aus der auf breiter Ebene propagierten Antikonzeption läßt sich kein Recht auf Unterbrechung einer bereits eingetretenen Gravidität ableiten. Aus moralisch-ethischen Gründen und wegen der mit der Schwangerschaftsunterbrechung verbundenen Komplikationen kann die Interruptio niemals als Methode zur Geburtenregelung gelten. Es muß das Ziel weiterer prophylaktischer Bemühungen sein, durch Orientierung auf die Möglichkeiten der Antikonzeption in allen medizinischen Fachbereichen die Zahlen der noch aus medizinischer Indikation notwendig werdenden Schwangerschaftsunterbrechungen einzuschränken. (Autorreferat)

Banaschak, A. (Berlin): Zur Problematik der Behandlung des persistierenden und rezidivierenden Zervixkarzinom. Den befriedigenden Erfolgswerten der operativen und radiologischen Behandlung des primären Zervixkarzinom stehen die enttäuschenden Therapieergebnisse persistierender und rezidivierender Tumoren entgegen. Sowohl bei Anwendung konventioneller Therapie (Radiumkontaktbestrahlung, Chaoulsche Nahbestrahlung, Röntgenbestrahlung) als auch bei Hochvolttherapie und radioaktiven Isotopen (Chromphosphat, Radiogold, Radiotantal) weisen die Erfolgsstatistiken unverändert schlechte Ergebnisse auf. — Bericht über 139 Frauen, die von 1960 bis 1965 wegen persistierender und rezidivierender Tumoren nach behandeltem Zervixkarzinom zur Therapie gelangten. 32,5% persistierende Tumoren, 67,5% rezidivierende Tumoren. 92,5% Plattenepithelkarzinome, 3,5% Adenokarzinome. Tumorsicherung erfolgte vorwiegend histologisch sowie mittels Lympho-, Phlebo- und Aortographie. In 28% der Fälle lag primär Stadium III und IV vor. 67% des Patientengutes erhielten eine Kobaltbewegungsbestrahlung, bei nicht strahlenvorbelastetem Gewebe mittels biaxialer Pendelung, bei strahlenvorbelastetem Gewebe wurden einseitige auf Tumor eng begrenzte Pendeltechniken durchgeführt. In 16,5%, z. B. bei aortalem Lymphknotenbefall, erfolgte Co⁶⁰-Stehfeld- oder ultraharte Röntgenbestrahlung. In 13% bei begrenzten, gut zugänglichen Tumoren Kontakttherapie mittels Radium, Radium- und Goldseedsspickungen sowie Chromphosphatinfiltrationen. 3% des Patientengutes erhielten wegen Knochen- und Lungenmetastasen eine konventionelle Röntgenbestrahlung. — Die 5-Jahr-Überlebenszahlen ergaben für A (nicht strahlenvorbelastete Resttumoren) 34,5%, B (nicht strahlenvorbelastete Operationsrezidive) 17,5%, C (strahlenvorbelastete Resttumoren) 12%, D (strahlenvorbelastete Rezidivtumoren) 8%. — Bei A, B, C konnte in 70 bis 85% am Ende der Bestrahlung eine Besserung des Befindens mit Rückgang der Schmerzen und z. T. des Tumor registriert werden, während D nur in 45% eine Besserung aufweist. — Zur Verbesserung dieser unbefriedigenden Ergebnisse wird auf andere Methoden verwiesen: 1. intraarterielle Zytostatikainfusionen, 2. Strahlentherapie mittels Neutronen, Protonen, negativen Pi-mesonen, d-Teilchen und Deuteronen, 3. ultraradikale Operationen. — Als Behandlungsschemata werden empfohlen: 1. für strahlenvorbelastete persistierende und rezidivierende Tumoren: a) Lokalbegrenzte (z. B. Portio, Uterus) sollten ultraradikalen Operationen zugeführt werden, bei Inoperabilität sollte eine Hochdosisleistungsbestrahlung in Form der „Afterloading“-Kontakttherapie erfolgen. b) Ausgedehnte Tumoren im kleinen Becken sollten nach prätherapeutischer, individueller Zytostatikatestung mittels intraarterieller Infusionen behandelt werden. 2. Persistierende und rezidivierende Tumoren nach Operation und ohne Strahlenvorbelastung sollten ohne Verzögerung der Strahlentherapie, möglichst in Form der Hochvolttherapie, zugeführt werden; hierbei sollte in jedem Fall diese Therapie voll ausgeschöpft werden. (Autorreferat)

Anschr. d. Schriftführers: Dr. med. habil. H.-U. L a u ,
Universitäts-Frauenklinik (Charité),
DDR-104 Berlin, Tucholskystr. 2