

ISSN 0341-5929

PUBLIKATIONEN ZU WISSENSCHAFTLICHEN FILMEN

SEKTION
MEDIZIN

SERIE 4 · NUMMER 17 · 1978

FILM D 1102

Gynäkologische Pelviskopie
Ovarielle Veränderungen



INSTITUT FÜR DEN WISSENSCHAFTLICHEN FILM · GÖTTINGEN

Angaben zum Film:

Tonfilm (Komm., deutsch), 16 mm, farbig, 56 m, 5 1/2 min (24 B/s). Hergestellt 1967/68, veröffentlicht 1973.

Der Film wurde aus vorhandenem Material zusammengestellt und ist für die Verwendung im Hochschulunterricht bestimmt.

Aus der Frauenklinik und Hebammenlehranstalt der Universität Kiel, Prof. Dr. K. SEMM. Bearbeitet und veröffentlicht durch das Institut für den Wissenschaftlichen Film, Göttingen, Dr. H.-K. HÖFLING.

Zitierform:

SEMM, K.: Gynäkologische Pelviskopie – Ovarielle Veränderungen. Film D 1102 des IWF, Göttingen 1973. Publikation von K. SEMM, Publ. Wiss. Film., Sekt. Med., Ser. 4, Nr. 17/ D 1102 (1978), 6 S.

Anschrift des Verfassers der Publikation:

o. Prof. Dr. K. SEMM, Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Abt. Frauenheilkunde im Zentrum für operative Medizin I und Hebammenlehranstalt, Hegewischstr. 4, D-2300 Kiel.

PUBLIKATIONEN ZU WISSENSCHAFTLICHEN FILMEN

Sektion BIOLOGIE

Sektion TECHNISCHE WISSENSCHAFTEN

Sektion MEDIZIN

NATURWISSENSCHAFTEN

Sektion ETHNOLOGIE

Sektion GESCHICHTE · PUBLIZISTIK

Herausgeber: H.-K. GALLE · Schriftleitung: E. BETZ, I. SIMON

PUBLIKATIONEN ZU WISSENSCHAFTLICHEN FILMEN sind die schriftlichen Ergänzungen zu den Filmen des Instituts für den Wissenschaftlichen Film und der Encyclopaedia Cinematographica. Sie enthalten jeweils eine Einführung in das im Film behandelte Thema und die Begleitumstände des Films sowie eine genaue Beschreibung des Filminhalts. Film und Publikation zusammen stellen die wissenschaftliche Veröffentlichung dar.

PUBLIKATIONEN ZU WISSENSCHAFTLICHEN FILMEN werden in deutscher, englischer oder französischer Sprache herausgegeben. Sie erscheinen als Einzelhefte, die in den fachlichen Sektionen zu Serien von etwa 500 Seiten zusammengefaßt und im Abonnement bezogen werden können. Jede Serie besteht aus 4 Lieferungen mit einer entsprechenden Zahl von Einzelheften; jährlich erscheinen 1–4 Lieferungen in jeder Sektion.

Bestellungen und Anfragen an: Institut für den Wissenschaftlichen Film
Nonnenstieg 72 · D-3400 Göttingen
Tel. (05 51) 2 10 34

FILME FÜR FORSCHUNG UND HOCHSCHULUNTERRICHT

KURT SEMM, Kiel:

Film D 1102

Gynäkologische Pelviskopie – Ovarielle Veränderungen

Verfasser der Publikation: KURT SEMM

Inhalt des Films:

Gynäkologische Pelviskopie – Ovarielle Veränderungen. Die Pelviskopie (gynäkologische Laparoskopie) ermöglicht die visuelle Inspektion der weiblichen Genitalorgane, insbesondere der Eierstöcke. Ovarielle Veränderungen gutartiger oder bösartiger Natur lassen sich mit Hilfe der Ovarialbiopsie verifizieren. Durch Ovarialpunktion und Cystenwandresektion lassen sich in vielen Fällen Laparotomien vermeiden.

Summary of the Film:

Gynaecological pelviscopy – Ovarian changes. Pelviscopy (gynaecological laparoscopy) enables visual inspection of the female genital organs and of the ovaries in particular. Ovarian changes of a benign or malignant nature can be verified by means of ovarian biopsy. By ovarian puncture and resection of the wall of a cyst, laparotomy can be avoided in many cases.

Résumé du Film:

Coelioscopie gynécologique – Altérations ovariennes. La coelioscopie, ou laparoscopie gynécologique, permet d'inspecter à l'œil les organes génitaux féminins et en particulier les ovaires. La biopsie ovarienne permet de préciser la nature de altérations bénignes ou malignes des ovaires. La ponction de l'ovaire et la résection de la paroi d'un kyste permettent souvent d'éviter une laparotomie.

Allgemeine Vorbemerkungen

Die gynäkologische Pelviskopie, auch Laparoskopie oder Coelioskopie genannt, ist ein heute fest in die Diagnostik und Therapie der Frauenheilkunde integriertes Verfahren. Durch Schaffung einer handlichen und leistungsstarken Optik und die Automatisierung des Pneumoperitoneums (durch CO₂-Pneu nach SEMM oder Variation dieses Apparates) bietet die Durchführung einer diagnostischen Bauchspiegelung heute technisch keine Probleme mehr. Die rein diagnostische Pelviskopie (= nur betrachten) ist heute erweitert durch die diagnostisch-chirurgische Pelviskopie (= betrachten plus biopsieren) und die chirurgisch-therapeutische Pelviskopie (= endoskopische Abdominalchirurgie). Besonders letztgenannte Technik setzt eine perfekte Kenntnis der Topographie des normalen und pathologischen kleinen Beckens voraus. Dieser Film stellt eine Einführung in das Thema dar.

Erläuterungen zum Film

Besonders wertvoll ist die gynäkologische Pelviskopie für die Beurteilung der Eierstöcke, nicht nur zur Beurteilung ihrer Funktion, sondern auch in bezug auf Größe, z.B. Differentialdiagnose gegen Uterusmyome und in bezug auf Sterilitätsfälle und ihre Verbindung zum Eierstock. Wesentliche Bedeutung gewinnt der physisch im Verhältnis zu einer Laparotomie kleine pelviskopische Eingriff bei der Früherkennung eines Ovarial-Carcinoms. Beobachtete man bislang ein vergrößertes Ovar und versäumte damit wesentliche Zeit, entschließt man sich heute rascher zur Bauchspiegelung. Dabei lassen sich heute dank der chirurgisch-therapeutischen Pelviskopie fast alle nichtmalignen Ovarialcysten pelviskopisch sanieren.

Im ersten Situs wird eine Ovarial-Endometriose rechts dargestellt bei ausgeprägter Endometriosis genitalis externa. Typisch ist das dick-zähflüssige Menstrualblut, das sich nicht nur in der Excavatio vesico-uterina, sondern auch in der Excavatio recto-uterina, d.h. im Douglas'schen Raum befindet. Deutlich schimmert der Schokoladenbrei durch die Tunica albuginea des linken Ovars.

Nach zweitem Einstich im rechten Unterbauch wird das linke Ovar mit der Biopsiezange mehrfach gefenstert. Die mittels Hochfrequenzstrom (dieses Verfahren ist seit 1973 wegen der Gefährdung der Patientin nicht mehr üblich) erzeugte destruktive Wärme stillt die Blutung in der Biopsiewunde. Seit 1973 werden derartige Ovarialcysten völlig reseziert, und mit Hilfe des Endokoagulationsverfahrens erfolgt die Blutstillung durch Eiweißkoagulation bei 100° C, d.h. der Temperatur des siedenden Wassers.

In einem weiteren Fall wird eine übermannsfaustgroße Schokoladencyste rechts dargestellt, über die der rechte Eileiter elongiert ist.

Ein weiterer Situs demonstriert eine ebenfalls mannsfaustgroße Schokoladencyste, ausgehend vom linken Ovar. In diesem Fall bestehen kaum periovarielle Verwachsungen, so daß der Uterus gut elevierbar ist und das linke Ovar im Gegensatz zum vorausgehenden Fall von allen Seiten eingesehen werden kann. Anschließend erfolgt die Chromosalpingoskopie der rechten Tube. Sie zeigt eine Durchgängigkeit, was für die Prognostik dieses Falles in bezug auf Fertilität von besonderer Bedeutung ist hinsichtlich weiterführender chirurgischer Maßnahmen.

Eine weitere Beckenübersicht zeigt wiederum bei bestehender Endometriosis genitalis externa am rechten Eierstock ein erbsengroßes Nebenovar bei sonst beiderseits normalen Adnexverhältnissen.

In einem weiteren Situs werden gut pflaumengroße cystische Ovarien demonstriert, die sich aufgrund multiloculärer kirsch kern- bis reiskerngroßer Cysten gebildet haben. Es handelt sich um typische graue Ovarien, d. h. um ein STEIN-LEVENTHAL-Syndrom.

Letztlich werden Ovarveränderungen gezeigt, die auf frühzeitig maligne Veränderungen der Ovarien schließen lassen. Durch Probeexzision wird Material für die feingewebige Untersuchung gewonnen. Die Blutstillung erfolgt noch mit Hochfrequenzstrom, einer seit 1973/74 durch die Endokoagulation, d.h. die Anwendung von nur noch 100° C überholten Methode.

Der letzte Situs demonstriert nochmals kleine cystische Veränderungen nicht-maligner Art in beiden Ovarien als Ausdruck ehemals nicht geplatzter Follikel.

Wortlaut des gesprochenen Kommentars

Diese Patientin hat beiderseits gut pflaumengroße Ovarien. Eine Funktionsdiagnostik der Ovarien und eine Ovarialbiopsie sind deshalb indiziert. Mittels eines zweiten Einstiches in den rechten Unterbauch wird unter optischer Kontrolle die Biopsiezange eingeführt und aus dem linken Ovar ein etwa 1 cm langer Gewebszylinder entnommen. Mit Hochfrequenzkaustik kann die Blutung anschließend gestillt werden. Postoperative Verwachsungen werden nicht beobachtet.

Die Pelviskopie macht rechts eine Eileiterschwangerschaft sichtbar. Die Tube ist mandarinengroß und noch nicht rupturiert. Links sind die Gebärmutter und der Abgang der linken Adnexe deutlich zu erkennen. Die Fimbrien der rechten Ampulle liegen auf der prallen Saktosalpinx. Die peritubare Verwachsungsstelle markiert eventuell schon den späteren Ort der Ruptur. Die Patientin wurde unmittelbar im Anschluß an den pelviskopischen Eingriff laparotomiert.

Hier ein faustgroßes cystisches Ovar links. Die rechten Adnexe sind normal. Die linke Tube ist lang über das cystisch veränderte Ovar gezogen. Die Durchgängigkeit der rechten Tube wird vor der Operation durch eine Chromopertubation untersucht. Die anschließende Laparotomie kann somit als Sterilitätsoperation zur Erhaltung der Fertilität durchgeführt werden.

Bei dieser amenorrhöischen Patientin tastete man gut pflaumengroße, derbe, mobile Ovarien. Zur endokrinen Diagnostik ist hier die Ovarialbiopsie per pelviskopiam leicht durchführbar.

Von diesen Ovarien ist besonders das linke polycystisch verändert, seine Oberfläche ist unregelmäßig. Es handelt sich um einen Grenzfall, bei dem per pelviskopiam eine Biopsie aus diagnostischen Gründen durchgeführt werden sollte. Keinesfalls dienen aber solche pelviskopischen Biopsien zur Klärung, ob es sich um einen benignen oder malignen Ovarialtumor handelt.

Auch bei dieser 65jährigen Patientin ist durch die Pelviskopie der Ausschluß einer beginnenden malignen Veränderung der Ovarien nicht möglich. Somit ist die Klärung unbedingt durch eine Laparotomie notwendig.

Die Vergrößerung dieser Ovarien beruht auf einer gutartigen, kleincystischen Veränderung.

Literatur

- [1] BRACKEBUSCH, H.-D., und K. SEMM: Die biophysikalischen Prinzipien bei der diagnostischen und therapeutischen Anwendung des elektrischen Stromes in der Endoskopie. *Acta Endoscopia et Radiocinematographica VI* (1976), 41–45.
- [2] FRANGENHEIM, H.: Die Laparoskopie und die Kuldoskopie in der Gynäkologie. Stuttgart 1971.
- [3] PALMER, R.: *Les Explorations Fonctionelles Gynécologiques*. Paris 1975.
- [4] PHILLIPS, J.M.: *Laparoscopy*. Los Angeles 1976.

- [5] SCHWALM, H.: Die Laparoskopie in der gynäkologischen Diagnostik. In: SCHWALM, H., und G. DÖDERLEIN: Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe Bd.1, S.315–326. München-Berlin-Wien 1970.
- [6] SEMM, K.: Die Laparoskopie in der Gynäkologie. Geburtsh. u. Frauenheilk. **27** (1967), 1029–1042.
- [7] SEMM, K.: Pelviskopie, Hysteroskopie, Fetoskopie. In: SCHWALM, H., G. DÖDERLEIN und K.-H. WULF: Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe Bd.I, Ergänzung 1978, 315–326/101. München-Wien-Baltimore 1970.
- [8] SEMM, K.: Pelviskopie und Hysteroskopie – Farbatlas und Lehrbuch. Stuttgart-New York 1976.
Coeditions:
W. B. SAUNDERS, Philadelphia-London-Toronto 1977;
Editora Manole LTDA, São Paulo 1977;
Toray-Masson, S. A., Barcelona 1977;
Masson, Paris-New York-Barcelona-Milano 1977.
- [9] SEMM, K.: Die Mikrochirurgie in der Gynäkologie – Endokoagulation, ein neues Hilfsmittel für operative Eingriffe per pelviskopiam. Geburtsh. u. Frauenheilk. **37** (1977), 93–102.
- [10] SEMM, K.: Pelviskopische Chirurgie in der Gynäkologie. Geburtsh. u. Frauenheilk. **37** (1977), 909–920.