

TransMann e.V.

Kontakt und Infos für Transmänner

Operationen:

Hysterektomie

& Co.



Informationsbroschüre des TransMann e.V.

Dieses Heft wurde erstellt und wird unterhalten nach bestem Wissen, aber ohne Gewähr, vom Arbeitskreis Infohefte des TransMann e.V. (aki@transmann.de)



Das Heft und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des TransMann e.V. strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Verarbeitung und Verbreitung in elektronischen Systemen wie beispielsweise dem Internet.

Zur leichteren Lesbarkeit und Verständlichkeit haben wir in diesem Heft auf eine gendergerechte Schreibweise verzichtet.

Wir möchten jedoch anmerken, dass stets alle Geschlechter angesprochen und integriert sind.

Impressum

TransMann e.V.

Postfach 66 22 09

81219 München

Redaktion: Arbeitskreis Infohefte

Die Bilder und Zeichnungen wurden erstellt von:

Marko vom TransMann e.V. oder siehe Bildquelle.

Stand:2016

Inhaltsverzeichnis

1. ALLGEMEINES	5
2. BEGRIFFSERKLÄRUNG	7
2.1 HYSTEREKTOMIE:	8
2.2 OVAREKTOMIE / OVARIEKTOMIE	9
2.3 ADNEKTOMIE	9
2.4 KOLPEKTOMIE	9
2.5 KOLPOKLEISIS	9
3. OPERATIONSMETHODEN	10
3.1 VAGINALE HYSTEREKTOMIE	11
3.2 LAPAROSKOPISCHE HYSTEREKTOMIE	12
3.2.1 TOTALE LAPAROSKOPISCHE HYSTEREKTOMIE (TLH)	13
3.2.2 LAPAROSKOPISCH ASSISTIERTE VAGINALE HYSTEREKTOMIE (LAVH)	13
3.2.3 LAPAROSKOPISCH ASSISTIERTE SUPRAZERVIKALE HYSTEREKTOMIE (LASH)	14
3.3 ABDOMINALE HYSTEREKTOMIE	15
3.3.1 "EINFACHE" ABDOMINALE HYSTEREKTOMIE	15
3.3.2 ERWEITERTE ABDOMINALE HYSTEREKTOMIE	15
3.3.3 SUPRAZERVIKALE ABDOMINALE HYSTEREKTOMIE	16
4. DER RICHTIGE ARZT / DIE RICHTIGE KLINIK	17
5. VORAUSSETZUNGEN	20
6. MÖGLICHER ABLAUF DER OPERATION	22
7. RISIKEN:	26

Abkürzungen

TM e.V.	TransMann e.V. - Der Verein Mehr Infos unter: www.transmann.de
TM, FzM, FtM	Transmann , oft auch als Frau-zu-Mann (Female-to-Male) Transsexuell/Transident bezeichnet
TF, MzF, MtF	Transfrau , oft auch als Mann-zu-Frau (Male-to-Female) Transsexuell/Transident bezeichnet
CIS*- Menschen	Alle „Nicht-Trans* bzw. Intersex*Menschen“ Oft auch als Bio-Menschen bezeichnet
GA oder GA-Op	Genitalangleichende Operation oder auch als geschlechtsangleichende Operation be- zeichnet. Operation, bei der die primären Geschlechts- organe an das gelebte Geschlecht an- geglichen werden
SHG/BS	Selbsthilfegruppe und Beratungsstelle
TSG	Transsexuellengesetz Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszu- gehörigkeit in besonderen Fällen. Das TSG ist die juristische Grundlage für die Vornamens- und Personenstandsänderung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen Der MDK muss bei jeder planbaren Op und bei bestimmten Indikationen (Heilanzeigen, Krankheitsbild) zugezogen werden.
SoC	Standards of Care , amerik. Version der deutschen Standards zur Begutachtung und Behandlung von Transsexuellen. Diese stellen einen eigentlich sinnvollen Leitfaden, eine Richtlinie für die „Profis“ dar, werden aber von den Krankenversicherungen und dem MDK gerne „missbräuchlich“ wie ein Gesetz dargestellt.

1. Allgemeines

Die Entfernung der inneren, weiblichen Geschlechtsorgane ist für viele Transmänner ebenso ein wichtiger Bestandteil der operativen Geschlechtsangleichung an das männliche Geschlecht wie die Mastektomie und evtl. auch der Penoidaufbau.



In §8 (Personenstandsänderung) des TSG ist geregelt, dass der Personenstand nur geändert werden kann, wenn folgende 3 Punkte erfolgt sind:

- Die Voraussetzungen des §1 (Vornamensänderung) Abs. 1 bis 3 des TSG müssen erfüllt sein. D.h. es muss die Diagnose F64.0 vorliegen und die Vornamensänderung muss gerichtlich beschlossen sein.
- Die medizinische/operative Angleichung der äußeren Geschlechtsmerkmale muss stattgefunden haben.
- Die dauerhafte Fortpflanzungsunfähigkeit muss gegeben sein. Diese wird bei Transmännern z.B. durch die Entfernung der Gebärmutter und/oder die Entfernung der Eierstöcke und des Eileiters erreicht.

Achtung:



Seit der Aussetzung von §8 des TSG am 11. Januar 2011 **entfällt der Operationszwang komplett.**

Dies gilt solange, bis es eine gesetzliche Neuregelung gibt.

Somit ist es heutzutage möglich, dass ein Transmann, sofern er den Wunsch hat und keine gesundheitlichen Risiken bestehen, seine weiblichen Organe behalten aber trotzdem den Personenstand ändern lassen kann - muss dies aber nicht.

Dies ist für viele **Bi-Gender*Menschen**¹⁾ ein sehr wichtiger Aspekt.

¹⁾ *Menschen die sich in ihrer sozialen Geschlechtsidentität und deren Ausdruck zwischen dem weiblichen und männlichen Geschlecht bewegen bzw. beide Geschlechter in sich vereinen.*

Allgemeines

Bei manchen Transmännern führt die Entfernung der inneren weiblichen Geschlechtsorgane zu einer deutlichen Erhöhung des männlichen Selbstwertgefühles und des Selbstbewusstseins.

Nachdem die gesetzliche Notwendigkeit (der Operationszwang) für Trans* Menschen aktuell entfällt, kann der Eingriff jederzeit, auch lange nach dem "sogenannten Trans*weg" erfolgen.



Wichtig ist jedoch, dass eine entsprechende Indikation bzw. Notwendigkeit für diese Operation vorliegt. Eine entsprechende Hormontherapie sollte eingeleitet und die Kostenübernahme durch die Krankenkasse sollte im Vorfeld geklärt sein.



Kein Arzt entfernt gesunde Organe aus einem Körper ohne eine vorliegende, abgeklärte Indikation. Nur der Wunsch des Patienten ist dafür nicht ausreichend.

Folgende Punkte sollten allerdings immer beachtet werden:

- Jeder operative Eingriff kann zu Komplikationen führen.
- Durch die hochdosierte Medikation von Testosteron kann es zu Gewebeveränderungen bzw. zu Erkrankungen bei Gebärmutter, Eileitern und Eierstöcken kommen.
- Das Krebsrisiko bei Nichtentfernung der Organe kann steigen
- Sollten die inneren weiblichen Organe nicht entfernt werden, kann man immer noch schwanger werden.
- Nach der Entfernung der inneren weiblichen Geschlechtsorgane können keine Kinder mehr geboren werden.
- Ein Rekonstruieren von Gebärmutter, Eileiter und Eierstöcken ist nicht möglich.



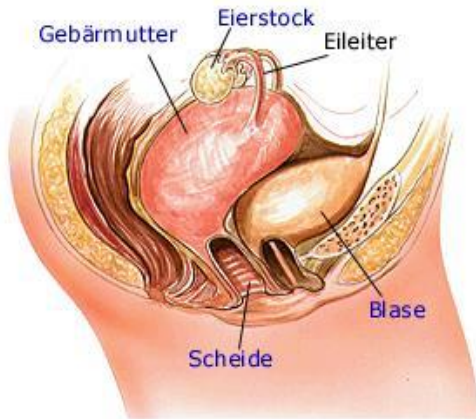
Entscheidet man sich für diese Operation, so muss in der Regel eine Voruntersuchung beim Frauenarzt (Gynäkologen) stattfinden.



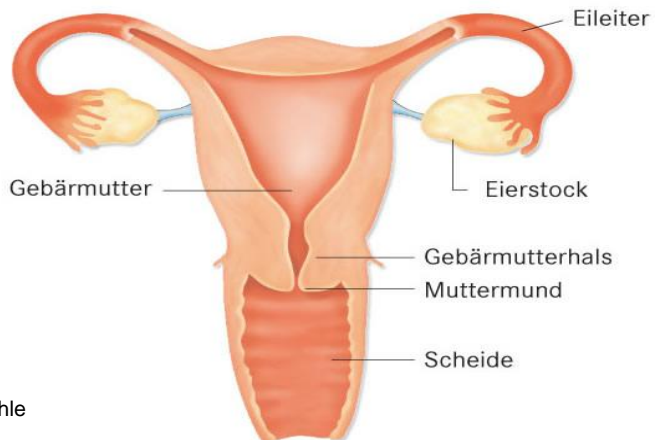
Eine aktuell **bestehende Schwangerschaft darf nicht** durch eine Hysterektomie **abgebrochen werden**.

2. Begriffserklärung

Um überhaupt zu verstehen, was gemeint ist, bzw. was bei der Operation gemacht wird, ist es wichtig die Anatomie des weiblichen Geschlechtsorgans zu kennen.



Bildquelle: g-netz.de



Bildquelle: W&B/Ulrike Wöhle

In Trans*kreisen wird oft nur von "*Hysto*" gesprochen, doch meistens ist damit mehr gemeint.

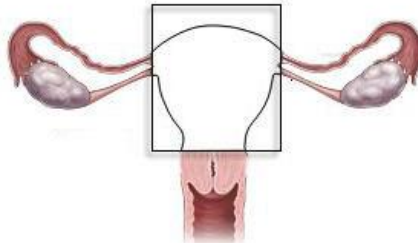
Was sich hinter den einzelnen Begriffen versteckt, wollen wir hier nun erklären.

2.1 Hysterektomie

Dieser medizinische Begriff kommt aus dem Altgriechischen (ὑστέρα hystéra ‚Gebärmutter‘ sowie ἐκτομή ektomē ‚Abschneiden, Ausschneiden‘) und bezeichnet die Entfernung der Gebärmutter.

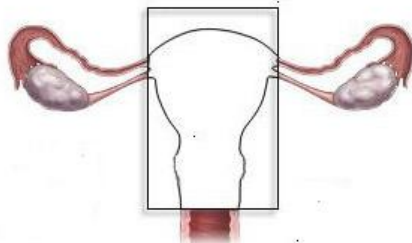
Es gibt 3 verschiedene Arten der Hysterektomie

- Suprazervikale/Subtotale oder auch partielle Hysterektomie
= Entfernung des Gebärmutterkörpers (Uterus), der Gebärmutterhals (Zervix) bleibt bestehen



Bildquelle: PDG.bledar.com

- Totale Hysterektomie
= Entfernung des Gebärmutterkörpers (Uterus) und des Gebärmutterhalses (Zervix)



Bildquelle: PDG.bledar.com

- Radikale Hysterektomie
= Entfernung aller Organe (Gebärmutter, Gebärmutterhals, Eileiter (Tube), Eierstöcke (Ovarien) sowie der Beckenlymphknoten und der seitlichen Parametrien (Bindegewebestrukturen))

2.2 Ovarektomie / Ovariektomie

Synonym: Oophorektomie.

Hierunter versteht man die operative Entfernung eines oder beider Eierstöcke, der Ovarien.

Die erste Ovariektomie wurde im Jahr 1895 von George Thomas Beatson durchgeführt.

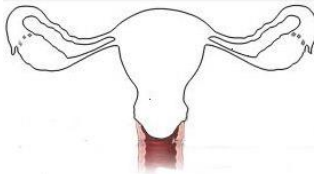
Wenn Eierstöcke und Gebärmutter (Uterus) entfernt werden, spricht man auch von einer Ovariohysterektomie.

2.3 Adnektomie

Synonym: Adnexektomie.

Dies ist die ein- oder beidseitige chirurgische Entfernung des Eileiters (Tube) und des Eierstocks.

Wird diese Operation mit der Entfernung der Gebärmutter kombiniert, so spricht man von einer Hysterektomie mit Adnexektomie.



Bildquelle: PDG.bledar.com

2.4 Kolpektomie

Operative Entfernung der Scheide

2.5 Kolpokleisis

Hierunter versteht man den operativen Teilverschluss der Vagina.

Wenn keine Angleichung an das männliche Genital gewünscht ist, so kann zumindest ein Teilverschluss der Vagina stattfinden. Um Infektionen vorzubeugen, muss nach außen immer eine kleine Öffnung, für den Sekretabfluss, bestehen bleiben.

Operationsmethoden

Der komplette Scheidenverschluss wird meist dann durchgeführt, wenn sich ein Transmann für den Klitorispenoid (Klitpen bzw. Metaidoioplastik) oder den Penoidaufbau entscheidet.

Diese Operation wird nicht von Gynäkologen durchgeführt, sondern von Urologen und/oder plastischen Chirurgen.

3. Operationsmethoden

Für die Entfernung der weiblichen Geschlechtsorgane, insbesondere bei Entfernung der Gebärmutter, also der Hysterektomie, stehen mehrere, unterschiedliche Verfahren zur Auswahl.

Welche Operationsmethode angewendet wird, hängt u.a. von folgenden Faktoren ab:

- Größe der Organe
- Gesundheitszustands des Patienten
- Ausstattung der Klinik
- Erfahrung und Kompetenz des Chirurgen.

Ziel bei jeder Operation sollte sein:

- schonend für den Patienten
- geringe Narbenbildung
- geringes Risiko z.B. Blutverlust, Infektionsgefahr u.v.m.

3.1 Vaginale Hysterektomie

Diese Methode kommt nur bei gesunden Patienten und solchen mit ausschließlich gutartigen Veränderungen an der Gebärmutter in Frage.

Die Entfernung der weiblichen Geschlechtsorgane erfolgt hier über die Scheide.

- Vorteil:
 - keine weiteren, äußeren Narben
 - geringer Wundschmerz
 - geringes Komplikationsrisiko
 - kurze Operationszeit (ca. 1 - 2 Std)
 - schnelle Mobilisierung nach der Operation
 - kurzer Krankenhausaufenthalt
 - kann mit der *laparoskopischen Hysterektomie* (Siehe 3.2) kombiniert werden.

Wenn die Kolpektomie direkt in der gleichen Operation erfolgt, ist die vaginale Hysterektomie noch leichter und ein zusätzliches laparoskopischen Vorgehen nicht notwendig. Dies vermindert das Risiko und der Narben.

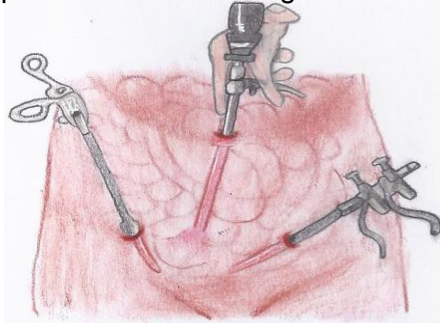
- Nachteil:
 - kann nur bei gesunden Patienten und solchen mit ausschließlich gutartigen Veränderungen an der Gebärmutter vorgenommen werden.
 - kann nicht durchgeführt werden, wenn die Gebärmutter zu groß bzw. die Scheide zu klein ist.
 - Verletzungen der Nachbarorgane sind möglich.

3.2 Laparoskopische Hysterektomie

Bei der laparoskopischen Hysterektomie erfolgt die Entfernung der Gebärmutter im Rahmen einer Bauchspiegelung (Laparoskopie).

D.h. die Operation erfolgt über die sogenannte "Schlüssellochchirurgie". Der Operateur führt hierzu über kleine Schnitte eine winzige Kamera mit Lichtquelle (Laparoskop) und Instrumente wie Zangen, Scheren und Sauger ein. Um die Sicht zu verbessern wird die Bauchhöhle mit Kohlenstoffdioxid aufgeblasen.

- Vorteil:
 - schonende, minimal-invasive OP-Methode
 - keine großen Hautschnitte/Narben
 - nur kleine Wunden in der Bauchdecke
 - Spezielle Instrumente mit Kamera und Beleuchtung sorgen im Operationsgebiet für gute Sichtverhältnisse und stellen diese auf dem Bildschirm vergrößert dar.
- Nachteil:
 - Der Operateur kann nicht direkt mit den Händen auffälliges Gewebe ertasten.
 - Auftretende Komplikationen, z.B. Blutungen, sind schwer in den Griff zu bekommen.
 - Verletzungen der Nachbarorgane sind möglich
 - Nicht jedes Krankenhaus verfügt über entsprechende Ausrüstung und Fachkräfte.



Es gibt mehrere Operationsverfahren der laparoskopischen Hysterektomie die wir hier vorstellen möchten:

3.2.1 Totale laparoskopische Hysterektomie(TLH)

Auch einfache laparoskopische Hysterektomie genannt. Bei dieser Methode wird sowohl der obere Anteil der Gebärmutter, der Gebärmutterkörper (Corpus uteri) als auch der Gebärmutterhals (Cervix uteri) entfernt. Die Gebärmutter, also der Uterus, wird in diesem Zusammenhang von der Scheide getrennt.

Der Operateur entnimmt das zerkleinerte Gebärmuttergewebe Stück für Stück über spezielle "Röhrchen", sogenannte Trokare.

3.2.2 Laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie (LAVH)

Bei dieser Technik wird zur Entfernung der weiblichen Geschlechtsorgane erst einmal durch die Bauchspiegelung alles freipräpariert. Danach kann alles durch die Scheide entfernt werden.

Der Vorteil im Vergleich zur alleinigen vaginalen Hysterektomie besteht darin, dass bei der LAVH-Methode die Organe während der Bauchspiegelung viel besser inspiziert werden können.

3.2.3 Laparoskopisch assistierte suprazervikale Hysterektomie (LASH)

(Supra steht für "oberhalb" und zervikal für Gebärmutterhals)

Diese Methode wird hauptsächlich dann angewendet, wenn nur die Gebärmutter entfernt werden soll, aber z. B. der Gebärmutterhals bestehen bleiben soll.

Diese Operationsmethode ist schneller, schonender und komplikationsärmer als die totale oder radikale Hysterektomie. Der gesunde Gebärmutterhals bleibt bestehen und der Beckenboden wird so in seiner wichtigen Stütz- und Haltefunktion nicht beeinträchtigt. Die Scheide verkürzt sich nicht und die Operation hat keinen Einfluss auf das sexuelle Empfinden.

Diese Operationsmethode eignet sich eher für Bi-Gender und Transmänner die zwar die hormonelle Angleichung aber keine genitale Angleichung anstreben.



Wichtig ist jedoch, dass man weiter zu regelmäßigen Untersuchungen wie z.B. Krebsfrüherkennungsuntersuchung etc. gehen muss.

Auch leichte Regelblutungen können weiterhin auftreten.

3.3 Abdominale Hysterektomie

Bei dieser Methode werden die weiblichen Geschlechtsorgane mittels Bauchschnitt (Laparotomie) durch die Bauchdecke entfernt.

- Vorteil:
 - Der Operateur bzw. Gynäkologe hat durch den Zugang "von oben" eine gute Übersicht über die Situation aller Beckenorgane.
 - bösartige Veränderungen im Bereich der Gebärmutter, Eileiter und Eierstöcke können so gut entfernt werden.
 - große Organe können so gut entfernt werden.
 - Blutungen und andere Risiken können so schnell behoben werden.
 - keine speziellen Operationsgeräte notwendig.
- Nachteil:
 - längere Operationszeit
 - längerer Krankenhausaufenthalt
 - große vertikale oder horizontale Bauchnarbe
 - Wundschmerzen

Auch hier gibt es verschiedene Vorgehensweisen:

3.3.1 "Einfache" abdominale Hysterektomie

= Gebärmutterentfernung über einen Bauchschnitt

3.3.2 Erweiterte abdominale Hysterektomie

(Operation nach Wertheim-Meigs wird nur bei Gebärmutterkrebs durchgeführt)

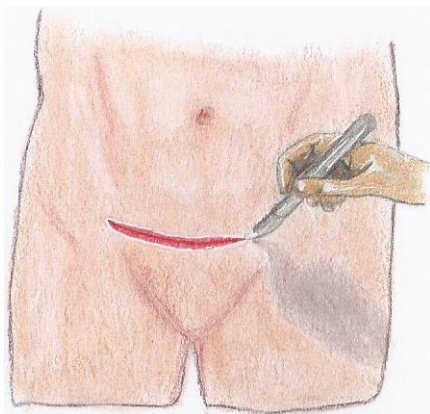
Hierbei handelt es sich um eine sehr umfangreiche, zeitintensive und risikoreiche Operation, bei welcher der Operateur die Gebärmutter, Lymphknoten den Halteapparat (Bänder aus Bindegewebe) und u.U. auch einen Teil der Scheide, die sogenannte Scheidenmanschette entnimmt. Zusätzlich können gleich die Eierstöcke und Eileiter (sogenannten Adnexe) entfernt werden.

Diese Operation sollte **nicht** bei Transmännern angewendet werden!

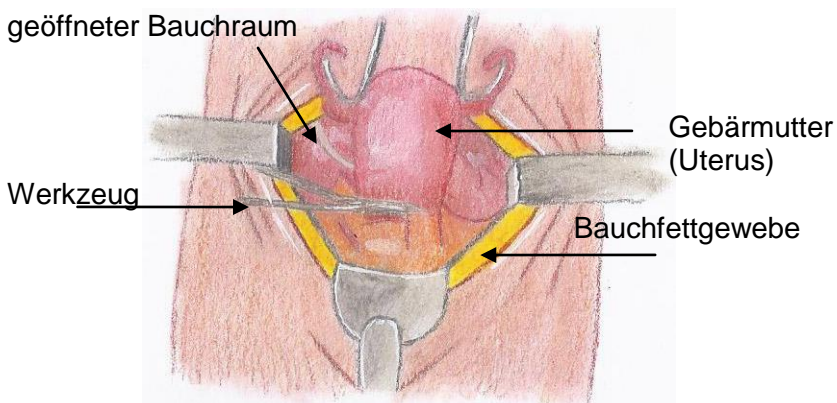
3.3.3 Suprazervikale abdominale Hysterektomie

Ähnlich wie bei der laparoskopisch assistierten suprazervikalen Hysterektomie (LASH) wird auch hier die Gebärmutter oberhalb des Gebärmutterhalses entfernt.

Dieses Vorgehen zählt zu den sogenannten "subtotalen" Gebärmutterentfernungen, bei denen der Arzt das Organ nicht als Ganzes ("total") entfernt.



Horizontaler Bauchschnitt/Inzision
(Der Schnitt kann auch vertikal verlaufen)



4. Der richtige Arzt / die richtige Klinik

Wie bei jeder medizinischen Behandlung bzw. bei jeder Operation, ist die Wahl des richtigen Arztes bzw. der richtigen Klinik sehr wichtig.

Für die Hysterektomie bzw. für jede Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen ist der **Gynäkologe** zuständig.

Welcher Gynäkologe bzw. welche Klinik jedoch für einen die richtige Wahl sind, muss jeder für sich selbst herausfinden. Dies ist oft nicht so leicht, da dies für viele der erste Kontakt mit einem Gynäkologen ist.

Adress- bzw. Ärzte-Empfehlungen durch den Austausch mit anderen transidenten Menschen aus Internet-Foren, Selbsthilfegruppen, etc. können zwar hilfreich sein, jedoch sollte die persönliche Wahl nicht allein auf Empfehlungen von anderen beruhen oder von diesen beeinflusst werden.



Auch sollte die Wahl nicht auf den nächstbesten Arzt fallen, der die kürzeste Wartezeit hat.

Das Vertrauen zum jeweiligen Operateur bzw. zur Klinik ist eine sehr wichtige und sehr individuelle Angelegenheit! Dies sollte von jedem respektiert/akzeptiert werden, auch wenn man selbst anderer Meinung ist.



Wichtig ist, dass einem der Arzt sympathisch ist. Dazu kommt dann noch das Vertrauen. Dies kann durch die fachliche Kompetenz noch verstärkt werden.



Im Idealfall versuchen geübte, spezialisierte Gynäkologen folgendes umzusetzen:

Vor der Operation werden ein oder bei Bedarf auch mehrere ausführliche Aufklärungsgespräche geführt. Meist findet dieses Gespräch statt, wenn man den Operateur aufsucht um einen OP-Termin zu vereinbaren.

Achtung: Für das Erstgespräch können Kosten anfallen, die vom Patienten selbst zu tragen sind.



Die Kosten dafür betragen ca. 50 Euro. Dies kann aber von Arzt zu Arzt variieren. Manche Ärzte verzichten auf die Gebühr, wenn der Patient sein geringes Einkommen nachweisen kann.

Grund für die Gebühr: Der Pauschalbetrag der Krankenkassen deckt in keinster Weise den zeitlichen Aufwand, den die Operateure aufbringen müssen, um die Patienten ausführlich beraten zu können. Da diese Gespräche oft nach der regulären Sprechstunde stattfinden, ist diese Gebühr mehr als gerechtfertigt.

Dies sind die wichtigsten Punkte die bei so einem Gespräch angesprochen werden:

- es wird eine **ausführliche Anamnese**, d.h. eine systematische Befragung zum Gesundheitszustandes des Betroffenen durchgeführt. Dies ist wichtig um später auftretende Komplikationen entgegen zu wirken.
- Gespräch über **mögliche Operationsmethoden**. Dabei wird aufgezeigt, was der **Vor-** aber auch evtl. der **Nachteil der jeweiligen Technik** sein kann.
- Wichtig ist es auch, nachzufragen **wie viele Operationen dieser Art** schon durchgeführt wurden.
- Es werden die möglichen **Risiken** und **Komplikationen** die auftreten können angesprochen.
- **Wundnachversorgung** z.B. das Tragen einer Kompressionsweste nach der OP, Narbenpflege, etc.

Wir empfehlen jedem, der zu einem Erstgespräch geht, seine Fragen und auch seine Ängste die er zu der geplanten Operation hat aufzuschreiben. Andernfalls kann es durch die Nervosität dazu kommen, dass man sie vergisst.

Beispielfragen:

- Ab wann darf man wieder etwas Schweres heben?
- Ab welchem Tag nach der OP darf man aufstehen?
- Ab welchem Tag nach der OP darf man duschen?
- Welche Medikamente müssen notfalls abgesetzt werden? Welche darf man weiter nehmen?
- Wie wird die Schmerztherapie gehandhabt?
- Welche Schmerzmittel dürfen nach der Entlassung genommen werden?
- Worauf ist zu achten wenn man z.B. Diabetes, Mellitus, Asthma, Allergien, etc. hat?

Die meisten Operateure nehmen sich gerne die Zeit um offene Fragen selbst zu beantworten. Denn auch sie wollen, dass der Patient sich bei ihm in guten Händen fühlt und ihm vertraut. In manchen Fällen wird das Vorgespräch auch von kompetenten Assistenzärzten durchgeführt. Dies sollte aber die Wahl des Arztes oder der Klinik nicht beeinflussen.

Doch wie findet man nun den richtigen Operateur?

In unserer Ärzte/Adressdatenbank findet ihr entsprechende Adressen, die mit dem Thema Trans* vertraut sind.

5. Voraussetzungen

Allgemein kann man sagen, dass bei der Entfernung der weiblichen Geschlechtsorgane folgendes im Vorfeld geregelt bzw. schon passiert sein sollte:

- Das **Indikationsschreiben/-gutachten** und die **Kostenübernahme** durch die Krankenkasse sollten dem Operateur vorliegen. Die meisten Operateure führen ohne Indikationsschreiben bzw. Gutachten über die Notwendigkeit, keine Operation durch.
- **Man sollte allgemein keine gesundheitlichen Probleme haben, bzw. die OP-Tauglichkeit muss gegeben sein.**
Zur Absicherung muss vor der Operation ein Gesundheitscheck vom Hausarzt, ein großes Blutbild mit Gerinnung, (evtl. Lungenfunktionstest) und Urinprobe gemacht werden. Dieser Check darf nicht älter als 10 Tage sein und muss zur OP mitgebracht werden.
- **Absetzen von Testosteron klären!**
Manche Gynäkologen möchten, dass das Testosteron ein paar Tage/Wochen, je nach Präparat, vor der Operation abgesetzt wird, da Testosteron Einfluss auf die Blutgerinnung haben kann.
- **Gynäkologische Voruntersuchung**
Untersuchung der inneren weiblichen Geschlechtsorgane auf Verwachsungen, Tumore oder sonstige Erkrankungen. Diese Untersuchung ist auch wichtig um die richtige Operationsmethode festzulegen.

Hinweis:

Manche Krankenhäuser bieten, die Durchführung der notwendigen Untersuchungen direkt in ihrem Hause an.



Um ebenfalls das Ergebnis zu verbessern ist folgendes, wichtig:

- Bei der Anamnese bitte alle Vorerkrankungen angeben. Stillschweigen kann später zu Komplikationen führen.

Folgende Punkte sollten möglichst vermieden werden, da diese eher zu keinem guten Operations- und Heilungsverlauf führen:

- Starker Konsum von Alkohol
- Starker Konsum von Zigaretten
- Konsum von sonstigen Drogen
- Durchblutungsstörungen
- Schlechte Blutwerte bzw. insgesamt schlechter Gesundheitszustand



6. Möglicher Ablauf der Operation

Am Vortag oder am Tag der OP, je nach Krankenhaus und OP-Termin

- Ankunft im Krankenhaus
- Einchecken und Zimmer beziehen
- Anpassen der Thrombosestrümpfe und Erhalt der OP-Kleidung von den Stationsschwestern
- Darmentleerung, z.B. durch Abführmittel wie *Citrafleet*,
- Narkose-Vorgespräch mit dem Anästhesisten
Der Anästhesist klärt den Patienten auf, wie die Narkose bei der bevorstehenden Operation ablaufen wird (meistens wird die OP unter Vollnarkose gemacht). Hatte man schon einmal eine Vollnarkose und litt danach unter Übelkeit, Erbrechen oder Halsschmerzen, sollte man dies unbedingt angeben. Der Anästhesist kann dann entsprechende Vorsichtsmaßnahmen ergreifen

Bei beiden Ärzten (Operateur und Anästhesist) muss ein Fragebogen ausgefüllt werden, in dem man über seine vorherige Krankengeschichte und evtl. frühere Operationen Auskunft geben muss.

Am Ende des Gesprächs muss man **schriftlich bestätigen**, dass man

- alles verstanden hat
- über die Risiken aufgeklärt wurde,
- dass man damit einverstanden ist, dass im Notfall z.B. bei einer starken Blutung, ein Bauchschnitt (wie bei der abdominalen Hysterektomie) gemacht wird.



Wenn man einen Tag vorher angereist ist, bekommt man am Abend noch ein kleines Abendessen und vor dem Schlafengehen eine Schlaftablette.

Wichtig ist es, dass man den Anweisungen des Narkosearztes und der Schwestern/Pfleger Folge leistet und entsprechend der Angabe dann auch nichts mehr isst, trinkt oder raucht, auch wenn es schwer fällt.

Am Operationstag:

- Wecken durch die Schwestern/Pfleger.
Jetzt hat man nochmals Gelegenheit sich gründlich zu waschen. Es empfiehlt sich zu duschen und ein pH-neutrales Waschgel zu verwenden.
- Danach zieht man die OP-Kleidung an und wartet darauf, dass es losgeht.
- Ca. 1 Std. vor der OP bekommt man eine vom Anästhesisten verschriebene Beruhigungstablette. Zur Einnahme darf man einen kleinen Schluck stilles Wasser, welches man von den Schwestern/Pflegern bekommt, trinken.
Nach der Einnahme der Tablette sollte man sich ins Bett legen und warten bis es losgeht. Durch die Tablette wird man evtl. schon etwas wackelig auf den Beinen und schläfrig.
- Wenn es soweit ist, wird man im eigenen Bett zum OP-Saal gefahren. Im Vorraum klettert man - sofern man dazu noch in der Lage ist - auf den schmalen Operationstisch. Wenn man dazu nicht mehr in der Lage ist, übernimmt dies das OP-Team.
Da es im Operationssaal etwas kühler ist, wird man mit einer warmen OP-Decke zugedeckt, um einer Unterkühlung vorzubeugen. Sobald es losgehen kann, wird man in den OP-Saal geschoben.
- Im OP-Saal bekommt man von den Anästhesisten einen Zugang gelegt, worüber die Narkose eingeleitet wird.

Möglicher Ablauf der Operation

- Das OP-Team desinfiziert das OP-Gebiet, rasiert störende Haare ab und deckt den Rest mit sterilen Tüchern ab.
- Je nach gewählter Technik und Notwendigkeit führt der Operateur die Operation durch.
- Damit Wundflüssigkeit, Blut etc. besser ablaufen können, werden evtl. Drainagen gelegt, die ca. 1-2 Tage nach der Operation wieder entfernt werden
- Eventuell wird ein Blasenkatheder gelegt.
- Nach dem die Operation erfolgt ist, wird die Narkose ausgeleitet und es beginnt die Aufwachphase.
- Direkt nach der Operation kommt man zunächst auf die Aufwachstation. Dort erhält man regelmäßig Schmerzmittel um die Narkose erholt ausschlafen zu können.
- Sobald Kreislauf und Atmung stabil sind wird man wieder zurück auf die Station gebracht.

Nach der Operation:

Hier ein paar grundlegende Regeln, die man im Krankenhaus und auch zu Hause nach einer Operation beachten sollte.

- Erstes Aufstehen bzw. Mobilisierung nur mit Hilfe der Krankenschwestern oder Pfleger - nicht alleine!
- Auf Rauchen weitgehend verzichten.
- Muss man sich im OP-Gebiet oder in der Nähe berühren, sollte man stets die Hände desinfizieren und Handschuhe tragen.
- Keine hastigen Bewegungen machen.
- Auch wenn man schmerzfrei ist, nicht überanstrengen und sich nicht selbst überschätzen!
- Schweres Heben (über 5 kg) vermeiden.
- Die ersten Tage nicht duschen. Wenn der Arzt sein OK gegeben hat, zunächst nur parfümfreies, pH-neutrales Waschgel verwenden.
- Keinen Leistungssport treiben.
- Ausgiebige Spaziergänge und Radfahren (flache Strecken) erst 1 - 2 Wochen nach der Operation beginnen, danach langsam steigern.
- Geschlechtsverkehr für ca. 4 Wochen aussetzen.
- Leichte Blutungen in den ersten Tagen nach dem Eingriff sind völlig normal, ebenso Wundsekretion/Wundflüssigkeit bis zu 4 bis 6 Wochen.
- Dauer der Arbeitsunfähigkeit legt der Gynäkologe fest.

Einige Praxen und Kliniken haben spezielle Merkblätter die detailliert beschreiben, worauf man bei ambulanten und stationären Operationen zu achten hat.

7. Risiken:

Auch wenn diese Operationen heutzutage eher zu den Routineeingriffen gehören, kann es wie bei jeder anderen Operation auch hier zu Risiken kommen.

Wir möchten hier ein paar aufzählen.

- Leichte Müdigkeit nach der Hysterektomie
- Wundschmerzen
- Infektionen
- Nachblutungen
- Hoher Blutverlust während der Operation
- Unverträglichkeit der Narkose
- Unverträglichkeit des Kohlenstoffdioxid bei laparoskopischem Eingriff
- Schmerzen beim Abbau des Kohlenstoffdioxid nach der Operation
- Eingeschränkte Darm- und Harnblasenfunktion
- wuchernde Narbenbildungen
- Narbenverwachsungen z.B. am Bauchnetz
- Verletzungen der Nachbarorgane
- Blutergüsse (Hämatome)

Da jeder Mensch anders auf eine Operation reagiert, können auch die Komplikationen bei jedem unterschiedlich sein.

Sollten Komplikationen auftreten, ist es wichtig ruhig zu bleiben und dem Arzt bzw. dem Krankenhaussteam zu vertrauen und nicht sofort den Arzt wechseln!

Hier ist noch Platz für eigene Notizen:

So findet man uns:

www.transmann.de

Email:

info@transmann.de

Postanschrift:

TransMann e.V.
Postfach 66 22 09
81219 München

Kontaktpersonen:

Christian
Tel: 0170 - 385 13 56
Jonas
Tel: 0171 - 311 33 40

Fax:

08105 - 77 66 121

Notfall-Telefon des TransMann e.V.:

01803 851999

(9 Cent pro Min. aus dem dt. Festnetz, max. 42 Cent aus dem dt. Mobilfunknetz)

Die **bundesweiten Angebote** des Vereines,
wie z.B. Gruppen/Stammtische, Infomaterialien etc.
sind auf unserer Homepage zu finden.

Wer Interesse hat den Verein durch eine Mitgliedschaft zu
unterstützen oder sich mit einem Stammtisch
und/oder einer Regionalgruppe anschließen möchte,
kann sich gerne an den Vorstand wenden.

