Die konservative Therapie von Ureterverletzungen nach gynäkologischen Eingriffen

E.		Tölle
----	--	-------

Urologische Abteilung, Chirurgische Universitätsklinik und Poliklinik, Münster

Der Autor beschreibt ein konservatives Vorgehen bei operationsbedingten Ureterverletzungen und belegt die Erfolgschancen dieses Verfahrens mit einigen exemplarischen Fallberichten: Nach radiologischer Diagnosesicherung der Ureterverletzung (Fistel oder Stenose) wird in geeigneten Fällen zunächst ein Ureterenkatheter (Charr3–5) eingesetzt, welcher nach 2–3 Tagen gegen eine PVC-Ureterenschiene (Charr8–10) ausgewechselt wird. Diese Endoprothese wird entweder sofort oder nach wenigen Tagen gekürzt und in der Blase versenkt, wo sie mehrere Wochen – auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus – verbleibt. Die Inkrustationsneigung kann durch Ansäuerung des Harns und Infektbehandlung wesentlich vermindert werden. Bei einer Liegedauer über 8 Wochen sollte ein Wechsel der Endoprothese erwogen werden. Nach Entfernung der Endoprothese wird der wiederholten urographischen Kontrolle des Behandlungserfolges grösste Beachtung gewidmet.

Konservative Therapie von Ureterverletzungen

243

In einem Zeitraum von 6 Jahren konnte der Autor 34 Patientinnen mit Ureterverletzungen nach gynäkologischen Operationen erfolgreich konservativ behandeln. An 4 ausgewählten Fallberichten (3 Fälle mit Ureterstenose in unterschiedlicher Höhe, 1 Fall mit prävesikaler Uretervaginalfistel) wird der Heilverlauf dieser Behandlungsmethode beschrieben.

Für die Praxis erscheint die geschilderte Therapie vor allem durch die teilweise ambulante Durchführbarkeit von grosser Bedeutung. Gerade nach Spitalentlassung ist jedoch die Komplikationsgefahr (Inkrustation, Obstruktion oder Dislokation der Endoprothese) erhöht, weshalb klinische Kontrollen und Kontrolle des Harnbefundes ebenso wie Harnwegsinfektion und Ansäuerung des Harns von wesentlicher Bedeutung sind.

Für die Klinik bleiben zunächst einige Fragen unbeantwortet: So vermisst man Angaben über die Auswahlkriterien für die konservative Therapie gegenüber dem operativen Vorgehen, ebenso Prozentangaben über die Relation der einzelnen Behandlungsarten und ihre Erfolgschancen. Doch allein die geschilderten Heilungsverläufe und die aufgezeigte Komplikationsfreiheit lassen eine Nachahmung in geeigneten Fällen sinnvoll erscheinen.

G. Wagner, Wien

Aus: Acta endocr., Copenh. 93: 1–6 (1980); cit. Gynäk. Rdsch. 20: 243–244 (1980)

Cholinerge Stimulierung der Amygdala und die Beeinflussung der Gonadotropinfreisetzung

Cholinergic Inputs to the Amygdala and the Control of Gonadotropin Release

F. Piva, J. Borell, P. Limota, G. Gavazzi und L. Martini

Seit einigen Jahren gibt es Hinweise für stimulierende bzw. inhibierende Einflüsse der Amygdala auf die Hypothalamus-Hypophysen-Achse und eine dadurch mögliche Kontrolle der Gonadotropinsekretion. Bisherige Experimente deuten darauf hin dass diese Eigenschaften der Amygdala von adrenergischen Stimuli anderer Nervenstrukturen und eventuell des Hirnstammes abhängig sind. Da die Amygdala reichlich cholinerge Fasern enthält und da zusätzlich Acetyl-cholin sowie die Enzyme die zur Synthese bzw. zum Abbau dieses Neurotrans-mitters notwendig sind nachgewiesen wurden haben die Autoren im Tierexperi-