Modifikation der Promontoriofixation nach Grünberger bei Prolaps des Scheidenblindsackes

O.		Sedlak
W.		Müller-Hartburg

Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Spital der Barmherzigen Brüder, Eisenstadt

Dr. O. Sedlak, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Esterhazystrasse 26, A-7000 Eisenstadt (Österreich)

Mit der Anzahl der Uterusexstirpationen und der zunehmenden Operabilität auch sehr betagter Frauen gewinnt das alte Problem des Vorfalles des Scheidenblindsackes wie-der an Bedeutung. Gegenüber den zahlreichen seit Jahrzehnten angegebenen abdominalen und vaginalen, meist technisch schwierigen und relativ risikoreichen Methoden (z.B. Döderlein, Richter) erschien die von V. Grünberger angegebene Promontoriofixation technisch einfach, leicht erlernbar und risikoarm.

So operierten die Autoren zunächst einige Fälle erfolgreich nach den Empfehlungen von Grünberger: nach medianer Unterbauchlaparotomie wurde der Scheidenblindsack mittels tupferbewehrter Kornzange dem Promontorium so weit wie möglich genähert und dort nach Spaltung des Peritoneums mittels starker Seidenfäden am Ligamentum longitu-dinale anterior fixiert, sei es direkt oder bei nicht genügend langem Scheidenblindsack indirekt über eine Brücke frei gespannter Seidenligaturen. In den letztgenannten Fällen bestand naturgemäss erhöhte Gefahr des Durchschneidens der Seidenfäden.

Anlässlich eines Misserfolges einer solchen indirekten Fixierung mit Seidenmaterial versuchten nun die Autoren bei der Relaparotomie die Überbrückung des Spatiums zwi-schen Scheidenblindsackende einerseits und Promontorium anderseits durch einen als Fer-

Freie Vorträge

219

tigpräparat erhältlichen Fascia-lata-Streifen. Dieser wurde in Form eines «M» oder eines «W» mit langsam resorbierbarem Nahtmaterial zweimal am Promontorium und dreimal am Scheidenblindsackende – oder umgekehrt je nach den lokalen Verhältnissen – fixiert. Einige erfolgreiche Operationen dieser Art ermutigten die Autoren, bei Totalprolaps des inneren Genitale ohne Harninkontinenz analog vorzugehen: das innere Genitale wurde per laparotomiam exstirpiert und gleichzeitig das kraniale Ende der hinteren Scheiden-wand mit Fascia-lata-Streifen an das Promontorium wie beschrieben fixiert. Erste Erfah-rungen mit 2 auf diese Weise operierten Frauen waren über einen mehr als einjährigen Beobachtungszeitraum ausgezeichnet. Wegen der relativen Seltenheit solcher Fälle seien diese Erfahrungen als Anregung vorgetragen, um so vielleicht gemeinsam mit anderen Operationsteams grössere Erfahrungen sammeln zu können.

Gynäk. Rdsch. 23: suppl. 3, pp. 219–221 (1983)

Endorphine beim normalen und asphyktischen Feten

P. Riss, Ch. Bieglmayer

II. Universitäts-Frauenklinik, Wien (Vorstand: Prof. Dr. H. Janisch)

Endorphine sind die körpereigenen Liganden der Opiatrezeptoren. Seit ihrer Entdeckung haben zahlreiche Untersuchungen die Bedeutung dieser Peptide für die verschiedensten physiologischen Prozesse gezeigt. Auch wir fanden, dass es unter der Geburt zu einem Ansteigen der β -Endorphin-Aktivität im mütterlichen Plasma kommt und dass beim Durchtritt des Kindes die höchsten Werte gemessen werden [4]. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Beziehungen zwischen der β -Endorphin-Aktivität bei der Mutter und beim Feten in der Perinatalperiode näher zu beleuchten. Insbesondere interessierte uns die Frage, ob zwischen einer fetalen Azidose und Änderungen im β -Endorphin-System ein Zusammenhang besteht und in welchen Kompartimenten diese Veränderungen sichtbar werden.

Patientengut und Methode

Wir bestimmten immunoreaktive Endorphine (ir-EP) im mütterlichen Plasma im Nabelschnurplasma und im Fruchtwasser zum Zeitpunkt der Geburt bei 38 gesunden Gebärenden und deren Feten. Zur Bestimmung der Endorphine wurde ein Radioimmuno-