Operative Massnahmen zur Verhütung des Scheidenblindsackprolapses und der Enterozele bei der vaginalen Hysterektomie

S.H.

Stephan H.

Cruikshank

Department of Obstetrics and Gynecology, West Virginia University Medical Center, Morgantown, W.Va. (USA)

Anhand eines Patientinnenkollektivs von 112 Fällen beschreibt der Autor die von ihm gewählte Operationstechnik und deren Effizienz bezüglich der Vermeidung späterer Scheidenblindsackprolapse bzw. Enterozelebildung. Das untersuchte Kollektiv wurde in einem knapp 3jährigen Zeitraum operiert, das Durchschnittsalter betrug 30 Jahre (23-69 Jahre). Die Indikation zur Hysterektomie bestand bei 32 Fällen in einem Deszensus bzw. einer Stressinkontinenz, der grössere Teil des Kollektivs wurde wegen therapierefraktärer dysfunktioneller Blutungen (n = 31), refraktärer Dysmenorrhö (n = 18) und rezidivierender postmenopausaler Blutungen (n = 7) operiert. 24 Patientinnen wurden wegen einer zervikalen Dysplasie (CIN II-III) einer vaginalen Hysterektomie unterzogen.

Der zur Vermeidung eines späteren Blindsackprolapses als wesentlich angesehene operative-technische Schritt besteht in der Fixierung der ligierten Stümpfe des Ligamentum sacrouterinum sowie des Ligamentum cardinale an die Vaginalwand. Dies wird bei fehlendem Deszensus primär, also

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

101

noch vor der Exstirpation des Uterus, bei Vorliegen eines Deszensus hingegen erst nach Entfernung der Gebärmutter und nach Kürzung der erwähnten Ligamenta durchgeführt. Um einer Enterozelebildung vorzubeugen, wird die Peritonealhöhle mittels einer Tabaksbeutelnaht, welche die Stümpfe proximal der Ligaturen sowie die Rektumvorderwand mitfasst, hoch verschlossen. Abschliessend wird die Scheidenwunde vernäht.

Die Evaluierung des Kollektivs erfolgte 7 Monate bis maximal 3,5 Jahre post operationem, wobei in keinem einzigen Fall ein Blindsackprolaps oder eine Enterozele zu verzeichnen war. Dies trifft auch auf 19 Fälle mit Deszensus zu, bei welchen zusätzlich eine vordere und/oder hintere Kolporrhaphie durchgeführt worden war. An Komplikationen werden 3 Fälle mit Blasenläsionen (davon in 2 Fällen bei Status nach sectio caesarea) sowie in 10 Fällen febrile Temperaturen (bei genereller Antibiotika-prophylaxe mit Cephalosporinen) angegeben.

Anhand eines weiteren Kollektivs von 14 Fällen mit Scheidenblindsackprolaps nach vorangegangener Hysterektomie (Durchschnittsalter 60 Jahre) wird das operative Management bei dieser Situation und dessen Ergebnis präsentiert: 7 Fälle wurden vaginal, mittels sakrospinaler Fixation, operiert, wobei kein Rezidiv zu beobachten war. Unter 7 Fällen mit abdominaler Kolpopexie (deren Technik hier nicht näher erläutert wird) war hingegen ein Rezidiv zu verzeichnen.

Für die Praxis bestätigt diese Arbeit den Stellenwert der beschriebenen operativen Massnahmen, welche uneingeschränkt zu empfehlen sind.

Für die Klinik wird das Interesse auf Komplikationen bzw. Folgezustände nach Hysterektomie gerichtet, deren Frequenz in der einschlägigen Literatur einer auffallenden Schwankungsbreite (bis zu 43%) unterliegt. Die vom Autor angegebenen prophylaktischen Massnahmen (Fixierung der Ligamentstümpfe an der seitlichen Scheidenwand sowie hoher Peritonealverschluss) stellen zweifellos sinnvolle operative Schritte dar, gleichzeitig gehören sie jedoch zumindest in den meisten operativen Schulen des deutschen Sprachraums zum Standardrepertoire der vaginalen Operationstechnik und entbehren somit jeglichen Neuwerts. Das Verdienst des Autors besteht somit lediglich in einer Nachprüfung der Effizienz dieser bewährten Massnahmen, welche in der Wiener operativen Schule noch durch das Offenlassen des Scheidenstumpfes mit dem Ziel einer höheren Festigkeit der Narbenbildung (sowie zur Vermeidung von Stumpfinfiltrationen) ergänzt werden.

G. Wagner, Wien Preventing Posthysterectomy Vaginal Vault Prolapse and Enterocoele during Vaginal Hysterectomy