Ureterläsionen bei der radikalen Hysterektomie mit pel-viner Lymphonodektomie

H.D.		Methfessel
M.		Wolters
D.		Lampe
G.		Methfessel
K.		Ketscher

Univers.-Frauenklinik Halle (Vorst.: Prof. Dr. K. Rothe) Bezirks-Frauenklinik Suhl (Vorst.: Prof. Dr. U. Retzke)

Doz. Dr. H. D. Methfessel, Univers.-Frauenklinik, Lemnallee 24, D-O-4020 Halle

Die Frequenz von Ureterläsionen (intraoperative Verletzungen und Fisteln) bei der Chirurgie des Zervixkarzinom ist durch Verbesserung der Operationstechnik und des perioperativen Regimes deutlich zurückgegangen. Noch in den 50er Jahren wurde in klinischen Statistiken, z. B. für die Ureter-Scheidenfistel eine Häufigkeit von 7,3% bzw. 8,3% registriert [3, 2]. In neueren Publikationen dagegen liegen Angaben für diese Komplikationen unter 2% [1,4].

Wir sahen bei 884 radikalen Hysterektomien mit pelviner Lymphonodektomie der Jahre 1978–1990 insgesamt 13 Läsionen am distalen Harnleiter (1,47%). Dabei handelte es sich um 12 Nekrosefisteln und 1 intraoperative Verletzung. Für 8 Fälle fanden sich in den Operationsberichten Hinweise auf Probleme bei der Ureterpräparation im juxtavesikalen Bereich (Tabelle 1).

Tabelle 1. Probleme beim Primäreingriff als mögliche Ursache einer Nekrosefistel bzw.

Verletzung des Ureters (n = 13)

Mögliche Ursachen n

Schwierige Präparation der Parametrien wegen Tumorinfiltration (T2) bzw. Narben 5

Blutungen in Ureternähe 2

Endometriose der Parametrien 1

Keine Probleme beschrieben 5

Tabelle 2. Verlauf bzw. Therapie bei Ureterläsionen (n = 13) nach radikaler Hysterektomie

Verlauf bzw. Therapie n Ergebnis im Urogramm

nach 1 Jahr

Spontanheilung

Direkte UZN mit Antirefluxplastik

Boari-Plastik

End-zu-End-Anastomose

Nur Nephrostoma (weiterer Behandlung entzogen)

Freie Vorträge (Gynäkologische Urologie)

320

Versorgung der Läsionen und Behandlungsergebnisse (Tabelle 2): Seit 1985 wurde initial immer eine perkutane Nephrostomie angelegt (5 Fälle). Insgesamt heilten 4 Fisteln spontan, davon 1 aus

der Gruppe mit perkutaner Nephrostomie. Alle zeigten später im Urogramm regelrechte Verhältnisse. In 7 Fällen war eine Neueinpflanzung des Harnleiters erforderlich. Dabei bevorzugten wir die Boari-Plastik. Mit Hilfe dieser Technik können auch ausgedehnte bzw. blasenferne Defekte am pelvinen Ureter überbrückt werden. Die einzige intraoperative Durchtrennung wurde durch End-zu-End-Anastomose über Splint versorgt. Sämtliche Heilverläufe waren komplikationslos. Im Kontrollurogramm nach einem Jahr ließen sich keine Abflußstörungen nachweisen. Leider hat sich eine Patientin mit liegendem Nephrostoma jeder weiteren Behandlung entzogen und ist verstorben.

Fazit: Ureterverletzungen und Fisteln bei der radikalen Hysterektomie sind heute selten geworden, aber nicht völlig zu vermeiden. Intraoperative Verletzungen sollen nach Beendigung des Primäreingriffs in Abhängigkeit vom Sitz der Läsion versorgt werden. Bei Ureterfisteln kann man unter Punktionsnephrostomie abwarten, ob Spontanheilung eintritt. Gelingt sie nicht, ist die operative Rekonstruktion der uretero-vesikalen Verbindung eine sichere Methode zur Restitutio ad integrum.

Literatur

Gitsch, E.; Philipp, K.: Ergebnisse der Isotopenradikaloperation des Zervixkarzinoms. Geburtsh. Frauenheilk. 49: 428–431 (1989).

Held, E. R.: Die abdominale erweiterte Radikaloperation. Basel, Karger 1966.

Janisch, H.; Palmrich, A. H.: Gefäßschonende Ureterpräparation bei der Wertheim-schen Operation. Neue Gesichtspunkte. Geburtsh. Frauenheilk. 22:1147–1156 (1962).

Ralph, G.; Tamussino, K.; Lichtenegger, W.: Urological complications after radical hysterectomy with or without radiotherapy for cervical cancer. Arch. Gynecol. Obstet. 248: 61–65 (1990).

Gynäkol Rundsch 1991;31(Suppl 2): 320–322

Urologische Komplikationen bei gynäkologischen Tumoreingriffen

D. Spitzer*, A. Staudach**, H. Joosb, H. Steiner**

a LKA-Salzburg

Landesfrauenklinik (Vorst.: Doz. Dr. A. Staudach) h Urologische Abteilung (Vorst.: Prof. Dr. / Frick)

Die engen anatomischen Beziehungen zwischen den inneren weiblichen Genitalorganen und den ableitenden Harnwegen führen zwangsläufig bei gynäkologischen Operationen