Die kombinierte laparoskopisch-vaginale Hysterektomie mittels Endo-GIA: warum?

R.		Wiborny
J.		Burkl

A.ö. KH Waidhofen/Thaya, Gyn. Abt. (Vorst.: Prim. Dr. J. Burkl)

OA Dr. R. Wiborny, Gynäkol. Abteilung A.ö. KH, M.-Schadek-Gasse 31, A-3430 Waidhofen a. d. Thaya

1989 stellten K. Semm und H. Reich zwei unterschiedliche Methoden der laparoskopischen Hysterektomie vor. Beiden Methoden war die kurze Rekovalenz und der gegenüber herkömmlichen Hysterektomien stark verringerte postoperative Schmerz gemeinsam. Eine weitere Steigerung des postoperativen Wohlbefindens konnte nur eine Verkürzung der Narkosedauer bringen. Die Möglichkeit dazu bietet der Endo-GIA-Stapler.

Nach Anheften der Portio durch eine Kugelzange und Einbringen einer stumpfen Curette in das Cavum uteri um die Gebärmutter in die für die Operation jeweils erforderliche Lage zu bringen, werden mit der Veressnadel 4–5 1 C02 in die Bauchhöhle eingebracht. Daraufhin wird im Nabelbereich ein 10 mm Troicart für die 0-Optik und je ein 12 mm Troicart 3 cm oberhalb links und rechts des Nabels eingeführt. Ein 5 mm Troicart wird suprasymphysär eingestochen, um die spätere Blasenpräparation zu erleichtern.

Nach Einbringen der Optik wird zunächst ein abdominaler Rundblick gemacht, um Pathologien aufzudecken. Daraufhin wird der Ureterverlauf beobachtet. Nach Fassen der rechten Adnexe wird die Gewebewand der Tube gemeinsam mit dem Lig. ovarii proprium und dem Lig. rotundum mit einem speziellen Maßstab, der die Größe des Magazins für das Klammerschneidegerät angibt, gemessen. Danach wird das 1. Endo-GIA-Magazin möglichst uterusnahe gesetzt und sein korrekter Sitz allseits beobachtet. Beim Fixieren des Magazins werden 2 in Dreierreihen angeordnete Titanklips im Gewebe verankert und mit einem Druck am Handgriff des Gerätes in der Mitte durchtrennt. Analoges Vorgehen auf der linken Seite.

Aquadisektion und Abpräparation des Blasenperitoneums und der Harnblase. 2.

Klammerschneidegerät beidseitig zur Durchtrennung des uterinen Gefäßbündels. Wenn möglich 3.

Klammerschneidegerät zum Absetzen der Lig. sacro-uterina. Fortsetzung der Op. von vaginal. Nach Umschneidung der Portio werden die Blasen- und Rectumtasche durchtrennt und umstochen.

Nun kann der Uterus nach unten in die Scheide gezogen werden. Anschließend vereinigen wir den Peritoneal- und Scheidenrand durch Einzelknopfnähte und Verknüpfen die gegenüberliegenden Fäden. Zum Abschluß wird ein Gazestreifen zur Wunddrainage eingeführt.

Da einerseits die Stümpfe beim Peritonealisieren nicht tiefer gezogen werden und das verbleibende Gewebe in seiner ursprünglichen Lage bleibt, und andererseits durch die glatten Klammerschneidegeräte, in der die Mikrozirkulation erhalten bleibt, wie tierexperimentelle Untersuchungen zeigten, und so nekrotisches Gewebe als Infektionsquelle weitgehend vermieden wird, werden die postoperativen Beschwerden gesenkt und die Patientinnen sind in 2 Wochen arbeitsfähig.

Literatur

Reich H. De Caprio J, Mc Glynn F: Lapa-roscopic Hysterectomy: Journal Gyn. Surgery 1985, 5: 213–216.

Groß E, Schaarschmidt K. Douhysen et al: Die nahtlose Anostomose – histologische, bio-mechanische und microangiographische Untersuchung am Colon der Ratte. Chir. Forum 1986 f. experiment, u. klin. Forschung. 277–281. Hrs'g: Schiefers KH et al.

Hunt TK: Standards for wound healing research Surgery 1973. 153.