Die laparoskopische Behandlung der akuten, eitrigen Adnexitis

nach der Methode von D. Raatz

A.	Aurelia	Kaar
M.		Fabsits
P.		Bauer

Geburtsh.-gynäkol. Abt. LKH Oberpullendorf (Vorst.: Prim. Dr. M. Fabsits)

Dr. Aurelia Kaar, Geburtsh.-gynäkol. Abteilung LKH, Spitalstraße 32, A-7350 Oberpullendorf

In Anlehnung an das bereits mehrfach publizierte organerhaltende, endoskopische Verfahren nach D. Raatz haben wir seit Juni 1992 sieben Frauen mit schweren, eitrigen, gynäkologischen Infektionen in leicht modifizierter operativer Weise behandelt [1, 2],

Interessant erschien uns dabei die Möglichkeit der Organerhaltung auch im Hinblick auf Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Fertilität.

Wichtig ist dabei das frühzeitige endoskopische Vorgehen nach klinischer Diagnosestellung einer Adnexitis aufgrund der Symptomatik, des Palpationsbefundes, der Vaginalsonographie, der Laborparameter (Leukozyten, CRP, BSG) und der Temperatur, um einerseits eine möglichst rasche Sanierung des akuten Geschehens zu erreichen und andererseits eine Chronifizierung des Prozesses zu verhindern.

Insbesondere führt letztere meistens zu sekundärer Sterilität infolge eines Tubenverschlusses durch Adhäsionen, Abszeßbildung und Konglomerattumoren im Gefolge der Pelveoperitonitis. Außerdem konnten wir durch unsere Therapie (der postoperativen 36stündigen Peritoneallavage) die stationäre Aufenthaltsdauer und die folgende Krankheitsdauer wesentlich reduzieren.

Methodik (modif. n. Raatz)

Laparoskopisches Vorgehen mit meist 3 Trocareinstichen, stumpfer Adhäsiolese der verklebten Organe, Eröffnung der Pyosalpingen bzw. der Abszeßhöhlen mit Abstrichentnahme, gefolgt vom Absaugen des Eiters. Anschließend wird der Entzündungsbe-reich solange gespült, bis die Spülflüssigkeit (phys. Kochsalzlösung) völlig klar ist.

Danach führen wir eine Antibiotikainstillation in die Tuben durch; im Anschluß daran wird ein intraperitoneales Flüssigkeitsdepot von ca. 2 l belassen und 2 Drainageschläuche zur kontinuierlichen postoperativen Dauerspülung mit körperwarmer Peritonealdialyse-Lösung [3] für die Dauer von 36 Stunden eingelegt.

Gleichzeitig beginnen wir eine systemische Antibiotikatherapie für einige Tage. Die Spülgeschwindigkeit beträgt 1 Liter pro Stunde. Jegliche Unterbrechung des Spülflusses innerhalb dieser Zeit ist zu vermeiden.

In der Phase der kontinuierlichen Spülung ist eine intensive Überwachung mit Registrierung von RR, Puls, Temperatur, klin. Zustand, Bauchdeckenspannung, Kontrolle der Laborparameter und

Bilanzierung der Spülmenge erforderlich. Nach 36 Stunden werden die Drainageschläuche entfernt.

Ergebnisse

Von unseren 7 Patientinnen hatten 6 eitrige Adnexprozesse mit zumindest beginnender Pelveoperitonitis. 1 Fall hatte einen aus-gedehnten Douglasabszeß, der sich allerdings später als von einem Morbus Crohn ausgehend herausstellte. In den anderen Fällen traten nach Entfernung der Drainagen keine Temperaturen über 38° C auf; die Laborparameter normalisierten sich, die Frauen wurden rasch beschwerdefrei und konnten zwischen dem 8. und 10. postoperativen Tag komplikationslos entlassen werden.

Erwähnenswert ist, daß in den 6 Fällen aus dem Abstrich kein Erregernachweis gelang [1], wogegen aus dem Douglasabszeß (dem, wie sich später herausgestellt hat, ein M. Crohn zugrunde lag), ver-grünende Streptokokken nachgewiesen werden konnten.

In 2 besonders schweren Fällen wurde nach 8 Wochen eine Nachlaparoskopie zur Lösung und Resektion von Adhäsionen, so-wie zur definitiven Eröffnung der Tuben durchgeführt.

Komplikationen sind nicht aufgetreten.

Der Film zeigt einen Fall von beidseitiger Pyosalpinx und Pelveoperitonitis mit Erstoperation und Nachendoskopie nach 8 Wochen.

Unsere Beobachtungen bestätigen die Mitteilungen von D. Raatz. Die Resultate sind eindrucksvoll: Rasche Genesung der Patientin und gute Restitution der Organe.

Literatur

1 Raatz D. Dreßler F. Zöckler R. Widekind C v.: Die endoskopische orgaterhaltende Therapie der ascendierenden Infektion. Geburtsh. u. Frauenheilk. (1990); 50: 982-985.

Raatz D: Die Systematik der Depot-Peritoneallavage in der Gynäkologie. Geburtsh. u. Frauenheilk. (1992); 52: 684-687.

Beger HG. Gögler H. Kraas E, Bittner R: Endotoxin bei bakterieller Peritonitis. Chirurg 52: 1981); 81-88.