

Laparoskopisches und hysteroskopisches Komplikationsmanagement in der operativen Gynäkologie

P.-A. Hessler

Im Rahmen von mehr als 11.000 operativen Eingriffen in unserem Haus seit 2000, davon etwa 8.300 endoskopische Operationen, wurden revisionsbedürftige Komplikationen nach endoskopischen wie auch nach konventionellen Eingriffen (außer Frühkomplikationen nach primärer Laparotomie) in der Regel laparoskopisch oder hysteroskopisch abgeklärt und in den meisten Fällen auch therapiert.

Die revisionsbedürftigen Komplikationen teilen wir in vier Gruppen ein:

– Zugangsspezifische Komplikationen: Verletzungen von Blase, Darm oder Gefäßen durch Veress-Nadel oder Trokare bei der Laparoskopie, Perforationen bei der Hysteroskopie.

– Methodenspezifische Komplikationen: Verletzungen durch das spezielle laparoskopische Instrumentarium und Materialien (Organverletzungen durch HF-Chirurgie oder Morcellatoren, Hämatome durch technisch insuffiziente Nahttechnik, Ruptur von Bergungsbeuteln, Darmperforationen durch instrumentelle Manipulation).

– Operationsspezifische Komplikationen: Zugangsunabhängige charakteristische Komplikationen bei Operationen an bestimmten Organen (Blasenscheidenfistel nach Hysterektomie, Ureter- oder Blasenverletzungen durch die Präparation, Nachblutungen).

– Laparoskopische Abklärung von Komplikationen: Laparoskopische Abklärung von allgemeinen postoperativen Früh- und Spät komplikationen nach abdominalen, vaginalen und laparoskopischen (Revision bei Nachblutungen, Revision von Blasen- oder

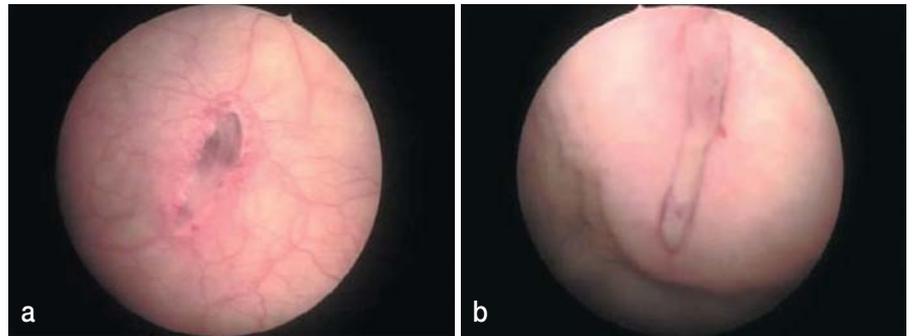


Abb. 1a und b: Zugangsspezifische Komplikation. a) Blasenläsion durch mittleren 10-mm-Trokar im Verlauf einer längeren laparoskopischen Operation durch langsames Füllen der Harnblase. b) Spontaner Verschluss und Abheilung nach Ablassen des intravesikalen Drucks durch einen Blasen-Dauerkatheder 7 Tage

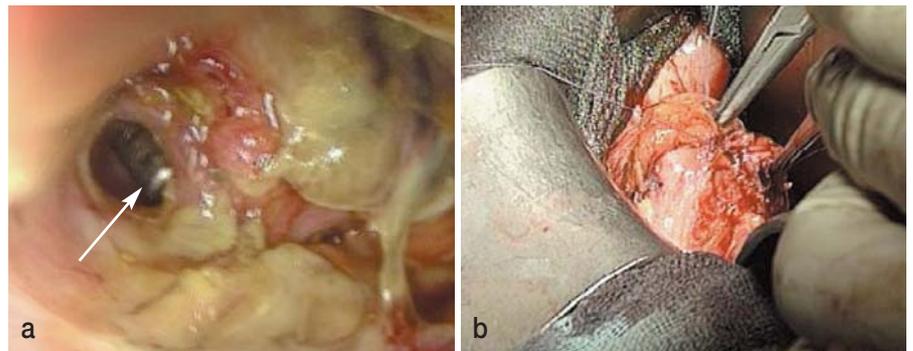


Abb. 2a und b: Zugangsspezifische Komplikation. a) Perforation des an der vorderen Bauchwand adhären Sigmas durch 5-mm-Trokar, Stuhl über die Drainage am 2. postoperativen Tag, »laparoskopische Koloskopie«. b) Nach laparoskopischer Diagnose und Ausschluss weiterer Verletzungen Übernähung beider Perforationsstellen per gezielter Mini-Laparotomie über den Perforationsstellen

Darmverletzungen, Entfernung von Fremdkörpern), aber auch nach geburtshilflichen Operationen (Ausschluss Uterusruptur, Revision nach Perforationen bei Kürrtage).

Die schweren intraoperativen Komplikationen (Darm, Blasen- und Ureterverletzungen, transfusions- beziehungsweise revisionsbedürftigen Nachblutungen) beschränken sich erfreulicherweise auf Einzelfälle von denen ein Teil hier gezeigt werden soll.

Das Management dieser Komplikationen wurde meistens mit Videoprints, aber auch durch Videoaufzeichnungen

dokumentiert, dieses Material soll einer breiteren Öffentlichkeit zur Verfügung und Diskussion gestellt werden.

In einigen Fällen gelang es sogar bei Durchsicht der Videos der Erst-Operation das Ereignis, das zur Komplikation führte, wenn nicht immer zu identifizieren, so doch die Umstände zu hinterfragen.

Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements sind daher Videoaufzeichnungen ein wertvolles Instrumentarium. Kostenfragen und fehlende Speicherkapazitäten sind aber leider oft limitierende Faktoren.

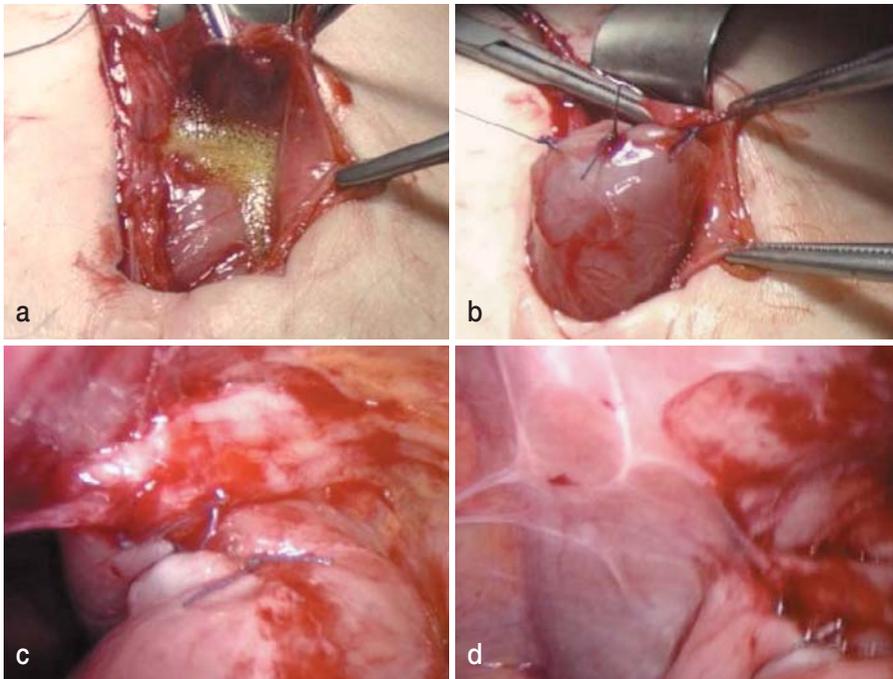


Abb. 3a–d: Zugangsspezifische Komplikation. a) Perforation einer am Nabel adhärenen Dünndarmschlinge bei Zustand nach Laparotomie (totale Gastrektomie) durch Veress-Nadel und 10-mm-Trokar. b) Gezielte Mini-Laparotomie über der Perforationsstelle, Ausschluss weiterer Verletzungen und quere Übernähung. c) Laparoskopische Kontrolle des Situs und der Naht und anschließend Durchführung der eigentlich geplanten laparoskopischen totalen Hysterektomie. d) Oberbauchsitus mit multiplen der vorderen Bauchwand adhärenen Dünndarmschlingen

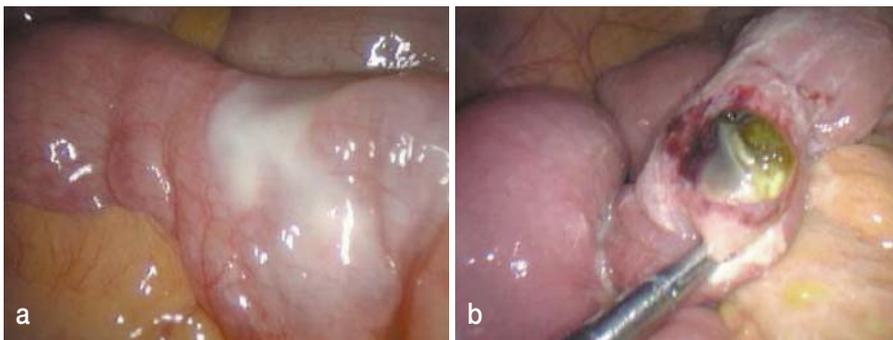


Abb. 4a und b: Methodenspezifische Komplikation. a) Frische breitflächige Koagulationsnekrose am Dünndarm durch monopolaren Strom. b) Laparoskopische Übernähung nach vier Tagen (beginnende Perforation mit klinischer Symptomatik)

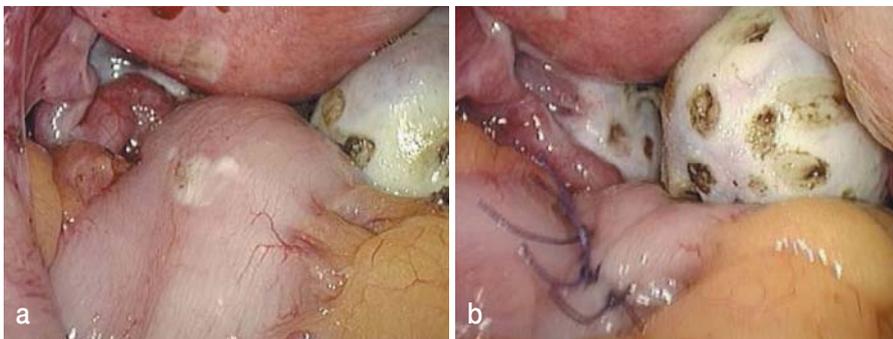


Abb. 5a und b: Methodenspezifische Komplikation. a) 3 x 4 mm große oberflächliche Koagulationsnekrose an der Sigmavorderwand (PCO-Behandlung). b) Großzügige prophylaktische quere Übernähung mit Vicryl 2.0

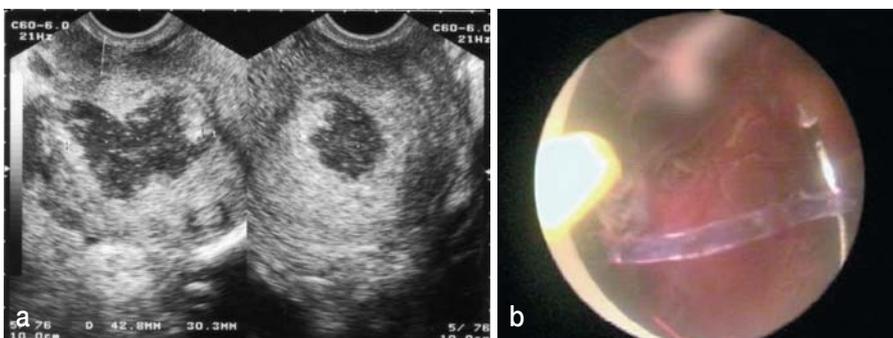


Abb. 6a und b: Operationsspezifische Komplikation. a) Intramurales Hämatom zwei Wochen nach laparoskopischer Myomenukleation. b) Operativ-hysteroskopische transcvitäre Entlastung des Hämatoms unter Ultraschallkontrolle

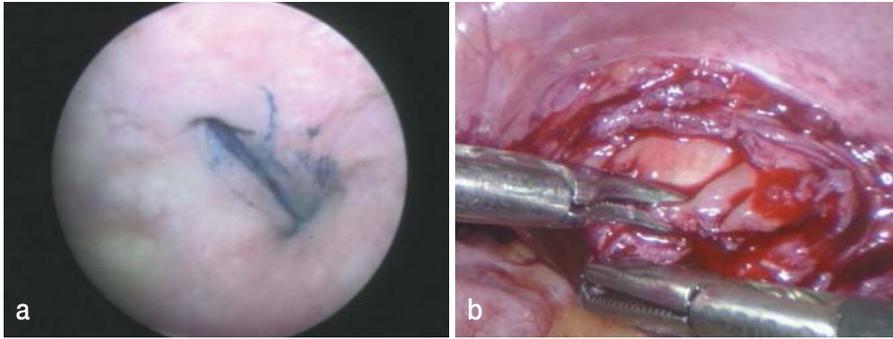


Abb. 7a und b: Operationsspezifische Komplikation. a) Vesikovaginale Fistel nach laparoskopischer Hysterektomie, zystoskopische Diagnosesicherung mit Fisteldarstellung. b) Laparoskopische Fisteldarstellung und 2-fache Harnblasenübernähung

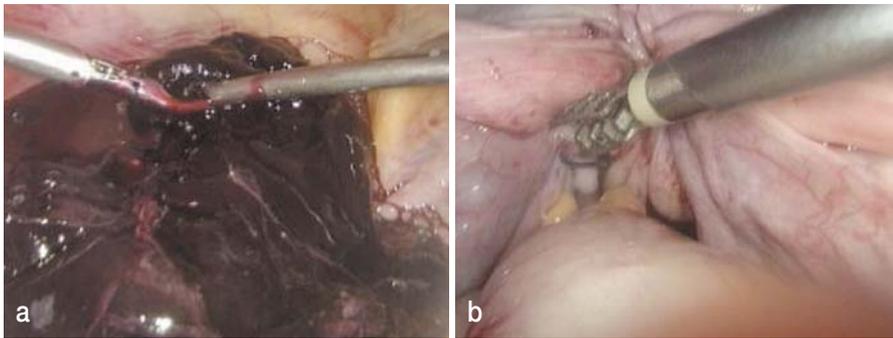


Abb. 8a und b: Operationsspezifische Komplikation. a) Nachblutung nach klassischer vaginaler Hysterektomie am 1. postoperativen Tag. b) Bipolare Koagulation eines blutenden Adnexstumpfs, Spülung und Drainage

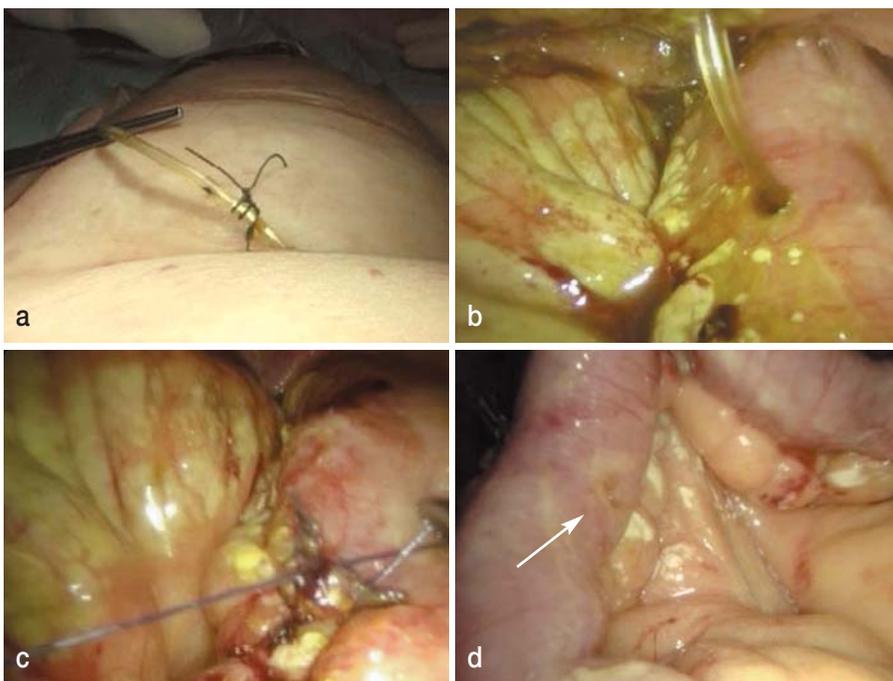


Abb. 9a–d: Operationsspezifische Komplikation. a) Entleerung von Dünndarmsekret aus dem suprapubischen Blasenkatheder am 1. postoperativen Tag nach vaginaler Hysterektomie mit Kolporrhaphien. b) Blasenkatheder liegt teils in der Blase, teils im Dünndarm, beginnende aseptische Nekrosen durch das austretende Dünndarmsekret. c) Laparoskopische quere Übernähung des Defekts mit anschließender gründlicher Spülung des Bauchraums und Abtragung der Nekrosen. d) Wichtig: gründliche Inspektion auf weitere Verletzungen, hier die (kontralaterale) Austrittsstelle des Blasenkatheters

Anschrift des Verfassers:
 Dr. Philipp-Andreas Hessler
 Abteilung Gynäkologie
 und Geburtshilfe
 Krankenhaus Sachsenhausen
 Schulstraße 31
 60594 Frankfurt am Main
 E-Mail phessler@khs-ffm.de

