

# Laparoskopisches und hysteroskopisches Komplikationsmanagement nach konventionellen und endoskopischen Eingriffen in der operativen Gynäkologie

Hessler, Philipp-Andreas

Im Rahmen von mehr als 11.000 operativen Eingriffen in unserem Haus seit 2000, davon etwa 8300 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. Bei den revisionsbedürftigen Komplikationen unterscheiden wir 4 Gruppen:

- **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 Spätkomplikationen nach abdominalen, vaginalen und laparoskopischen (Revision bei Nachblutungen, Revision von Blasen- oder Darmverletzungen, Entfernung von Fremdkörpern) aber auch nach geburtshilflichen Operationen (Ausschluss Uterusruptur, Revision nach Perforationen bei Küretage)

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

Das Management dieser Komplikationen konnte meistens mit Videoprints aber auch durch Videoaufzeichnungen dokumentiert werden, 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 Qualitätsmanagement sind daher Videoaufzeichnungen ein wertvolles Instrumentarium. Kostenfragen und fehlende Speicherkapazitäten sind aber leider oft limitierende Faktoren.

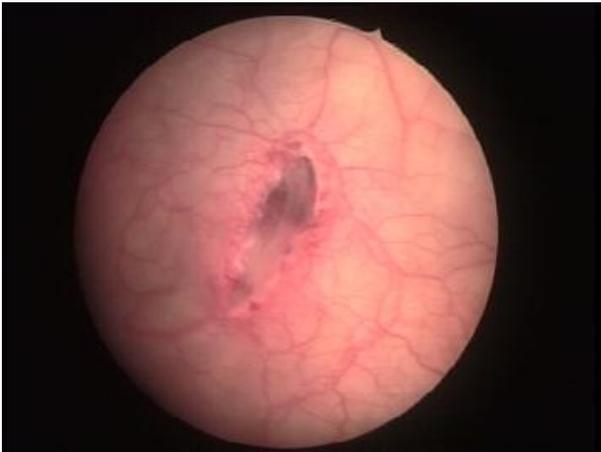
Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe Krankenhaus Sachsenhausen  
Schulstr.31 60594 Frankfurt am Main Tel.: 069/6605-1150

[www.mic-zentrum-frankfurt.de](http://www.mic-zentrum-frankfurt.de)

[www.khs-ffm.de](http://www.khs-ffm.de)

E-Mail [phessler@khs-ffm.de](mailto:phessler@khs-ffm.de)

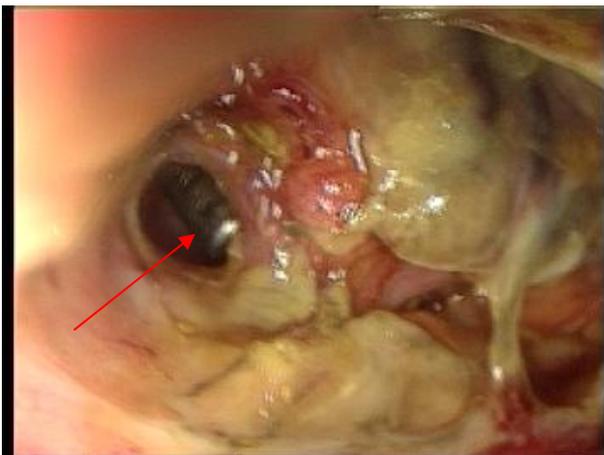
## Zugangsspezifische Komplikationen:



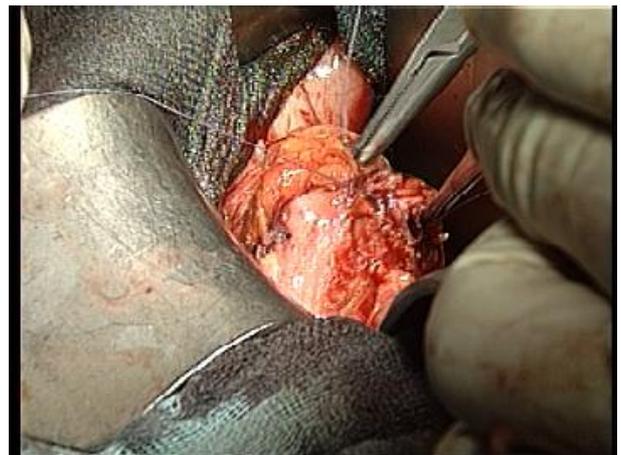
Blasenläsion durch mittleren 10mm Trokar im Verlauf einer längeren laparoskopischen Operation durch langsames Füllen der Harnblase



Spontaner Verschluss und Abheilung nach Ablassen des intravesikalen Druckes durch einen Blasen-Dauerkatheder 7 Tage



Perforation des an der vorderen Bauchwand adhärenen Sigmas durch 5mm Trokar, Stuhl über die Drainage am 2.postoperativen Tag, „laparoskopische Coloskopie“

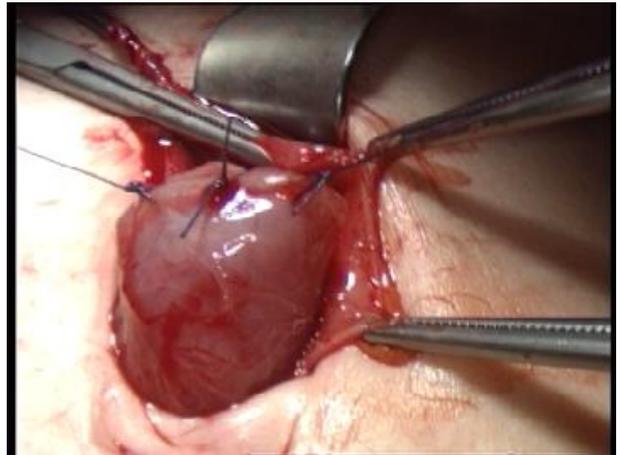


Nach laparoskopischer Diagnose und Ausschluss weiterer Verletzungen Übernähung beider Perforationsstellen per gezielter Mini- Laparotomie über den Perforationsstellen

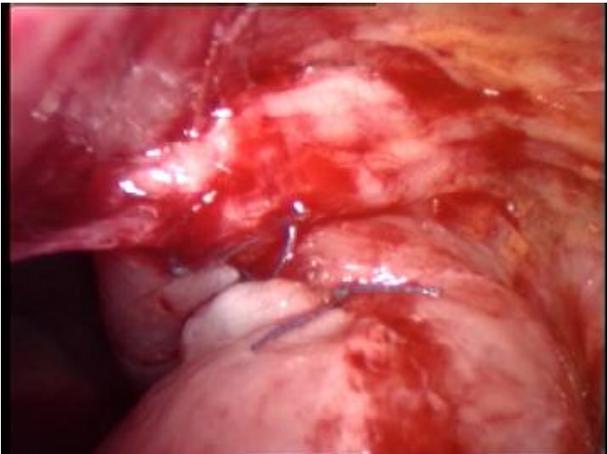
## Zugangsspezifische Komplikationen:



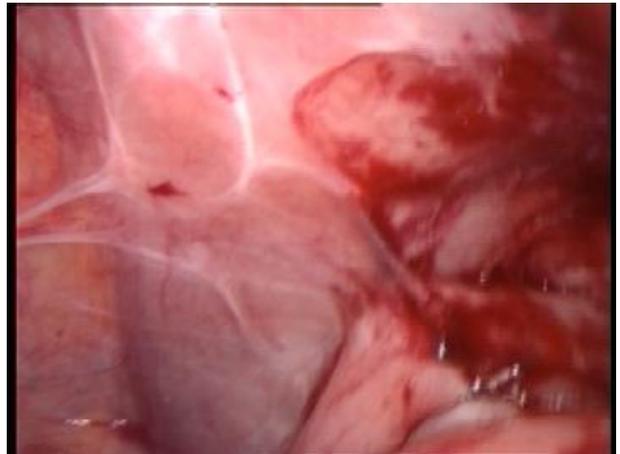
Perforation einer am Nabel adhärennten Dünndarmschlinge bei Z.n. Laparotomie (totale Gastrektomie) durch Veress-Nadel und 10mm-Trokar



Gezielte Mini-Laparotomie über der Perforationsstelle, Ausschluss weiterer Verletzungen und quere Übernähung.



Laparoskopische Kontrolle des Situs und der Naht und anschließend Durchführung der eigentlich geplanten laparoskopischen totalen Hysterektomie



Oberbauchsitus mit multiplen der vorderen Bauchwand adhärennten Dünndarmschlingen.

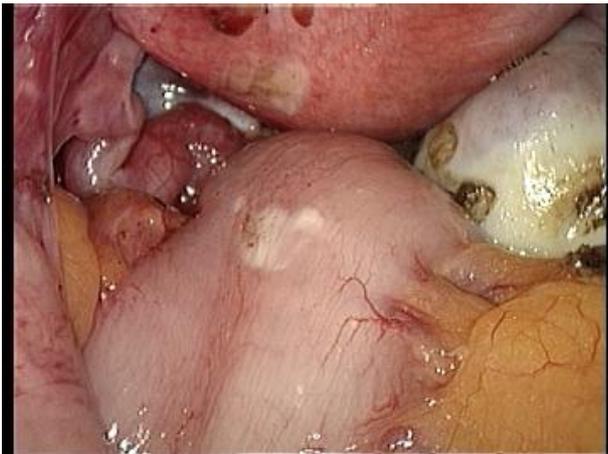
## Methodenspezifische Komplikationen:



Frische breitflächige Koagulationsnekrose  
Dünndarm durch monopolaren Strom



Laparoskopische Übernähung nach 4 Tagen (be-  
ginnende Perforation mit klinischer Symptomatik



3 x 4 mm große oberflächliche Koagulations-  
nekrose Sigmavorderwand (PCO-Behandlung)

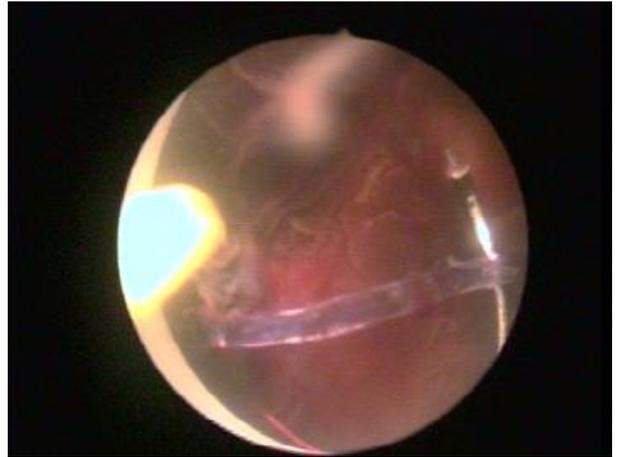


Großzügige prophylaktische quere Übernähung mit  
Vicryl 2.0

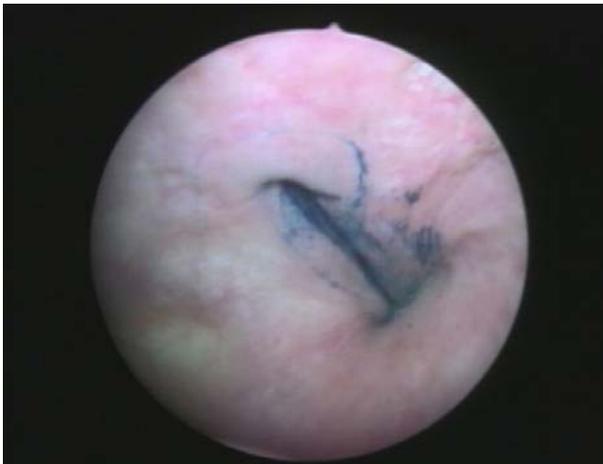
## Operationsspezifische Komplikationen:



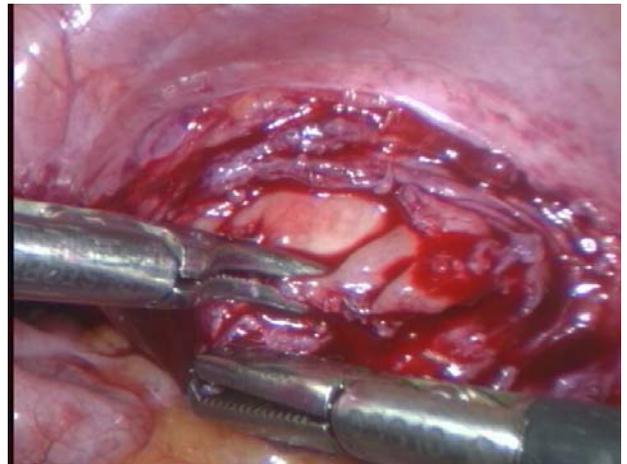
Intramurales Hämatom 2 Wochen nach laparoskopischer Myomenukleation



Operativ-hysteroskopische transcavitäre Entlastung des Hämatoms unter Ultraschallkontrolle



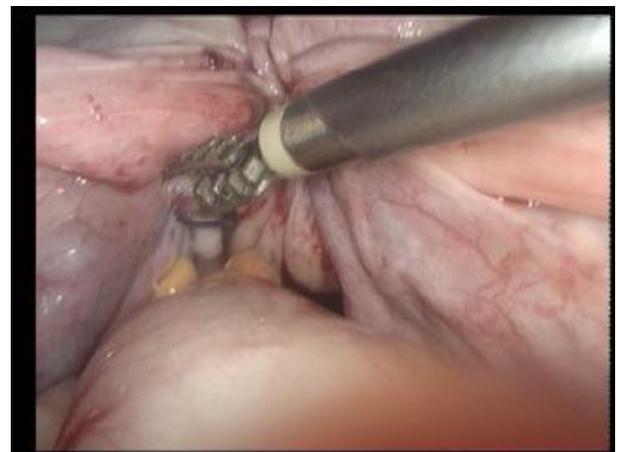
Vesikovaginale Fistel nach laparoskopischer Hysterektomie, cystoskopische Diagnosesicherung mit Fisteldarstellung



Laparoskopische Fisteldarstellung und 2-fache Harnblasenübernähung I



Nachblutung nach klassischer vaginaler Hysterektomie am 1.postoperativen Tag



Bipolare Koagulation eines blutenden Adnexstumpfes, Spülung und Drainage

## Sonstige Komplikationen:



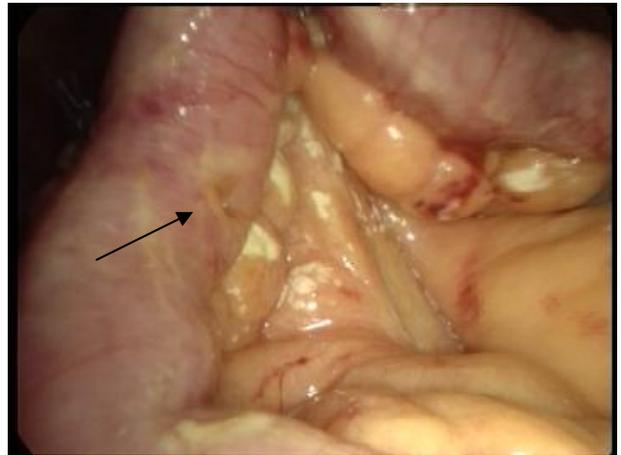
Entleerung von Dünndarmsekret aus dem supra-  
pubischen Blasenkatheder am 1.post Tag nach  
vaginaler Hysterektomie mit Kolporrhaphien



Blasenkatheder liegt teils in der Blase, teils im  
Dünndarm, beginnende aseptische Nekrosen  
durch das austretende Dünndarmsekret



Laparoskopische quere Übernähung des Defektes  
mit anschließender gründlicher Spülung des  
Bauchraumes und Abtragung der Nekrosen



Wichtig: gründliche Inspektion auf weitere  
Verletzungen, hier die (kontralaterale) Austritts-  
stelle des Blasenkatheders