

Diagnose: Endometriose rAFS IV, tief infiltrierende ; Blasenendometriose ENZIAN (A0,B2,) FA, FB, PaP VI a

Operation: Konisation, Cervixabrasio, Zystoskopie, Doppel-J-Ureter Schieneneinlage beidseits. Operative Laproskopie, ausgedehnte Adhäsiolyse Darm, Ureterolyse Links, Andextomie Links. Bei ausgeprägten Endometrium, Blasenpräparation, Teilresektion ca. 3x2cm, Blasenrekonstruktion.

Nakoseuntersuchung: Normal großer, anteflektierter Uterus mit prall-elastischer Raumforderung im Bereich des linken Eierstock, spatium rectovaginal frei, von rectal keine Befunderweiterung. Nach üblicher Lagerung Disinfektion des Operationsgebietes, Spekulum-Einstellung und Anheften der Portio. Vulva und Vagina unauffällig. Betupfen der Portio mit Essigsäure. Hier ergibt sich koloskopisch kein Hinweis für Major Changes. Durchführen einer Schlingen-Konisation mit Markieren des Präperates bei 12 Uhr, Cervixabrasio. Das Gewebe wird getrennt zur feingeweblichen Untersuchung versandt. Hinzutreten des Urologen, der eine Zystoskopie durchführt. Intravesikal zeigt sich eine deutliche Impression der Blasen Vorderwand von 2x3cm mit Distanz zu den Ureterostien und zum Blasenhalss. Wie präoperativ mit der Patientin besprochen Einlage von Doppel-J-Schienen beidseits zur besseren Blasenrekonstruktion. Erneutes Einlegen der stumpfen Curette als Uterusmanipulation. Umlagern der Patientin zur operativen Laproskopie. Steriles Abwaschen, steriles Abdecken. Subumbilicale Hautinzision über 1cm. Problemloses Einführen der Vereskanüle. Nach unauffälligen Sicherheitsproben (Aspiration-Injektions- und Tropfenablaufstest). Insufflation von 31 CO<sub>2</sub> mit einem initialen Intraabdominellen Druck von 12mm Hg. Bei in allen vier Quadranten tympanischem Kopfschall Ersetzen der Vereskanüle durch den 10-mm-Obturator. Inspektion der Einstichstelle und der Oberbauchorgane: Kein Hinweis für eine iatrogene Verletzung oder Blutung. Mittelbauch und Oberbauchorgane unauffällig. Appendix reizlos. Einbringen von zwei Arbeitstokaren suprasymphysär links und rechts unter Sicht. Kopftieflagerung und Einsicht in das kleine Becken. Dieses ist komplett obliteriert, der Douglas-Raum nicht einsehbar, ebenso die Adnexe beidseits. Breitflächige Adhäsionen des Sigmas zum Fundus und Inversion der Blasenumschlagsfalte bei weiterhin deutlicher Raumforderung im Bereich mit einer geschätzten Größe von 2-3 cm große Raumforderung. Die Ligamenta rotunda sind beidseits im Bereich der Blasenumschlagsfalte verzogen und in das Konglomerat einbezogen. Lösen der Adhäsionen im Bereich des Fundus Uteri und sukzessives Abpräparieren des Sigma von der Uterushinterwand. Es lässt sich jedoch kein suffizienter Zugang zum kleinen Becken erzielen. deswegen Eröffnen des Retroperitonealraums links. Darstellen der Leitstrukturen im Sinne der Arteria iliaca communis, der Vena sowie dem Ureter. der Ureter ist hier in der Beckenwand deutlich Adhärenz und von tief infiltrierende Endometriose im Bereich der linken Beckenwand ummauert. Sukzessives Herauslösen desselben und Durchführung einer Ureterolyse. Hierbei Abdrängen des Adnaxbefundes nach medial. Verfolgen des Ureters bis zur Einmündung in die Blase links. Weitere Retroperitoneale Präparation. Hierbei kommt es zu einer Eröffnung des Endometriums von Retroperitoneal bei sehr derben Gewebe in diesen Bereich. Weiteres Mobilisieren des Uterus. Es gelingt nun sukzessive, auch pararectal rechts in den Douglas-Raum zu gelangen. Hier kommt ein unauffälliges rechtes Ovar zur Darstellung, das jedoch vermehrt mit der Uterushinterwand verwachsen ist auch hier lösen der Adhäsionen. Bei nunmehr zunehmender Mobilität des Uterus sukzessives Herausschälen und Mobilisieren der Blase. Hierzu ist eine Durchtrennung der Ligamenta rotunda beidseits notwendig. Sukzessives Abschälen der tief infiltrierende Endometriose von der Uterusvorderwand und ausdünnen der Blase im Bereich der Blasenumschlagsfalte. Abschieben der gesunden Struktur nach lateral sodass letztendlich eine Isolation des Herdes möglich ist. Karinal der Verhütung Eröffnen der Blase und sichere Identifikation des intravesikal gelegenen Katheters so wie der Ureterschienen. Retrogrades Ausschälen des Herdes, der die Blasenwand vollständig durchsetzt und eine Größe von ca 3 cm hat. Der Herd lässt sich mit ausreichender

Distanz zu den Ureterostien und zum Trigonum vesicae absetzen. Hinzuziehen des Urologen. Komplettieren der Endometrioseresektion sowie Nachresektion nach lateral rechts. Die Restwand der Blase ist palpatorisch und inspektorisch unauffällig. Rekonstruktion und Readaptation der Blasenwand durch den Urologen, mit fortlaufender Naht-V-l-o-e. Auffüllen der Blase und Kontrolle auf Dichtigkeit, die gegeben ist. Zuwenden des Adnexebefund links. Weitere Präparation der Retroperitonealen Endometriose, die in die Beckenwand hineinreicht. Entschluss zur Adnexitomie links bei deutlich geschädigtem Ovar und ausgeprägtem Endometriom. Sichere Identifikation des Ligamentum infundibulo pelvicum und Verifizieren des Ureterverlauf links. Absetzen der linken Adnexe mitsamt der tief infiltrierende Endometriose. Ausgiebige Saugspülung. Kein Hinweis für eine persistierende Blutung oder iatrogene Verletzung. Die einsehbaren Darmabschnitte sind unauffällig. Es liegt jedoch der hochgradige Verdacht auf eine ausgeprägte Adenomyosis uteri vor. Lösen von Adhäsionen im Bereich der rechten Beckenwand. Das Spatium paracoccyale ist rechts gut einsehbar und weist keine Auffälligkeiten auf. Erneute Saugspülung. Einlage einer Blake-Drainage über den rechten Unterbauch. Nach erneuten Rundumblick und Anlegen einer tiefen Fasziennaht rechts Entfernen der Instrumente unter Sicht. Ablassen des Pneumoperitoneums. Verschluss der Einstichstellen mit Einzelkopfnähten.

Datum: 10.12.2012

Steffi, 39 Jahre