

Diagnose: rAFS IV, tief infiltrierende Endometriose ENZIAN (A0, B2, C3)

Operation: Operative Laparoskopie, Ovarialcystenexstirpation rechts, ausgedehnte Adhäsilyse Douglas, Rekonstruktion, Ureterolyse links, Endometriosesanierung linke Beckenwand, tiefe anteriore Rektumresektion mit End-zu-End-Anastomose

Narkoseuntersuchung: Normalgroßer, gestreckter Uterus Mit unauffälligen Adnexlogen bds. Im Douglasraum kommt bei tiefer palpation Eine gut 10cent große Induration Zur Darstellung. Dies sich besser Bei tiefer Palpation Von rektal erfassen lässt. Beckenwand unauffällig, Spatium rektovaginale frei. Kein Hinweis für eine vaginale Endometriose. Nach sorgfältiger Lagerung und Desinfektion des Operationsgebietes Spekulumstellung und Anhakender Portio, Einlegen einer stumpfen Curette als Uterusmanipulator. Nach erneuter Desinfektion der Urethra Anlage eines transurethralen Dauerkatheters. Umlagerung der Patientin zur operativen Laparoskopie. Steriles Abwaschen, steriles Abdecken. Subumbilicale Hautinzision über 1cm. Problemloses Einführen der Veres-Kanüle. Nach unauffälligen Sicherheitsproben (Aspirations-, Injektions- und Tropfenablaufstest) Insufflation von 3 l CO₂ mit einem initialen intraabdominellen Druck von 2mm und einen maximalen intraabdominellen Druck von 12mm Hg. Bei in allen vier Quadranten tympanischem Kopfschall Ersetzen der Veres-Kanüle durch den 10-mm-Optiktorkar. Inspektion der Einstichstelle und der Oberbauchorgane: Kein Hinweis für eine iatrogene Verletzung oder Blutung. Genaueste Inspektion des Oberbauches, insbesondere des Zwerchfelles bds. Hier kein Hinweis für das Vorliegen einer Zwerchfellendometriose oder andere Auffälligkeiten. Leber, Magen unauffällig. Einsehbare Darmabschnitte im Bereich des Coecums, Colon ascendens, transversum und descendens unauffällig, ebenso wie die einsehbaren Dünndarmabschnitte. Kopftieflagerung. Einbringen von drei Arbeitstrokaren suprasymphysär links, rechts und mittig unter Sicht.

Der Uterus ist leicht torquiert mit breitflächigen Verwachsungen zur Blasenumschlagsfalte bei Z. n. Blaseteilresektion. Das rechte Ovar ist prall-elastisch vergrößert und der rechten Beckenwand adhärent. Der Douglasraum ist Kompletzt verlegt mit ausgeprägten Adhäsionen im Bereich der linken Beckenwand mit dem Sigma sowie das Sigma zur Uterushinterwand, sodass das Rektum zunächst nicht einsehbar erscheint. Sukzessives Durchführen der Adhäsilyse mittels Aquadisektion und stumpfer und scharfer Präparation. Hierbei wird ein uterusnahe Vorgehen bevorzugt und in vielen aufwendigen Schritten nach und nach der Douglasraum rekonstruiert. Es gelingt somit auch, das rechte Ovar zu mobilisieren. Hierbei kommt es zum Eröffnen einer zyste, aus der sich schockoladenartige Flüssigkeit entleert. Darstellen des Ureterverlaufes rechts und Enukleation des zystenbalgs, punktuelle bipolare Koagulation des zystengrundes. Intraoperative Ovariopexie des Douglasraumes rechts zur besseren Präparation des Darmes. Hierbei wird das Ovar an der Bauchdecke fixiert. Lösen der Adhäsionsstränge im Bereich der Blasenumschlagsfalte und weiteres Mobilisieren des Uterus. Zur sicheren Identifikation des Übergangs zur Blase, Auffüllen derselben mit 200ml Flüssigkeit. Die Präparation erfolgt distal zur Blase. Anschließend Kontrolle des Befundes mittels rektovaginaler Untersuchung unter Laparoskopischer Sicht. Die zu tastende Induration kommt retrocervikal zur Darstellung mit inniglicher Verwachsung zum Ligamentum sacrouterinum rechts sowie links, linksbetont. Ablösen des Befundes von der Cervixhinterwand und Eröffnen des Spatium rektovaginale. Abdrängen des ausgeprägten Befundes mitsamt seiner Fibrose von der Vaginalwand. Hinzuziehen eines Allgemeinchirurgen zur weiteren Mobilisation des Sigma und Rektums zur geplanten tiefen Rektumresektion. Es gelingt, das Sigma und Rektum vollständig zu mobilisieren und die derbe Induration im Bereich der Rektumvorderwand im Gesunden zu mobilisieren. Lediglich im Bereich der linken Beckenwand ist zunächst eine Resektion non in sano notwendig. Anschließend Durchführen der tiefen anterioren Rektumresektion. Nach Anlegen einer mini Laparotomie suprasymphysär über 4-5cm zum Hervorluxieren des betroffenen Darmabschnittes Austasten des Präperates, es kommen mindestens 4 multizentrische Endometrioseherde palpatorisch zur Darstellung mit derber Induration der Darmwand. Das alorale Ende weist

keine Auffälligkeiten auf. Zurückverlagerung des Darmes und Durchführen der Anastomose mittels 31iger transanal Stapler. Nach ausgiebiger Saugspülung und Durchführen der obligaten Dichtigkeitsprüfung, die unauffällig erscheint, zuwenden zur linken Beckenwand zur Sanierung der tief infiltrierenden Endometriose in diesen Bereich. Hierzu erneutes Aufsuchen des Ureterverlaufes, der in die tief infiltrierende Endometriose der linken Beckenwand hineinläuft. Hier sehr aufwendige Ureterolyse links, da die Endometriose den Ureter unmittelbar ummauert. Hier ist eine ureternahe Präparation notwendig, die gemeinschaftlich mit dem Allgemeinchirurgen durchgeführt wird. Es gelingt, die derbe Induration von dem Ureter abzulösen und nunmehr in sano zu reseziieren. Der Ureter wurmt unversehrt. ZURückverlagern des pexierten Ovars und erneuter Rundumblick. Kein Hinweis für weitere Endometrioseherde oder sonstige Auffälligkeiten.

Datum: 26.09.2013

Steffi , 39 Jahre