

Operation: Hysteroskopie, Polypabtragung, Resektion eines Adenomyoms, Abrasio, Laparoskopie, Salpingektomie beidseits, Resektion und Koagulation von peritonealen Endometrioseherden.

In Narkose tastet man einen normal großen, anteflektierten Uterus mit verdichteten Anhängen beidseits. Kein Anhalt für rektovaginale oder rektale Endometriose.

Nach Scheidendesinfektion und Anheften der Portio Dilatation der Cervix bis Hegar 7 und Einführen des Hysteroskops. Man sieht ein Cavum mit tiefliegenden Tubenabgängen, zwischen denen minimale Synechien einen angedeuteten Uterus subseptus bilden. An der rechten Seitenwand ein derber, 3x 0,5 cm im Durchmesser großer Tumor, der am ehesten einem Polypen entspricht. Die Wand des Uterus wölbt sich an mehreren Stellen in das Cavum vor, hier wird zum Ausschluß eines Myoms ein Teil des Endometriums abgetragen. Es handelt sich aber doch wohl eher um eine Adenomyose, dieses muss die Histologie verifizieren. Abrasio, Umlagerung zur Laparoskopie.

Herstellen eines CO₂- Pneumoperitoneums durch eine Veres- Punktionskanüle unterhalb der Nabelgrube nach Durchführung der üblichen Sicherheitsproben, um einen pathologischen Befund im Durchstechungsbereich auszuschließen. Es wird CO₂ Gas insuffliert bis ein intraabdomineller Druck von ca. 10 mm Hg erreicht ist. Nach Anlegen eines kleinen Längsschnittes unterhalb des Umbilicus Durchstechen der Bauchdecke mit dem Trokar und Einführen des Laparoscops.

Man gewinnt einen guten Überblick. Leber, Gallenblase, Darmoberfläche und die retrocoecal liegende Appendix sind unauffällig. In der Appendixregion rechts einige punktförmige Endometrioseherde, die oberflächenkoaguliert werden. Auf der linken Seite zieht das Sigma hoch über die Regio iliaca bis zum linken Adnexegebiet und zur Hinterwand des linken Ligamentum latum. Oberhalb des kleinen Beckens links sieht man klassische Endometrioseherde. Nach vollständiger Sigmaadhäsionslyse können diese reseziert werden. Im Unterbauch sieht man einen normal großen Uterus, die Blasenumschlagsfalte ist frei. Im Douglas und an der Hinterwand beider Ligamenta lata teils klassische, teils subtile Endometrioseherde mit Taschenbildung und Verwachsungen zum Rectosigmoid. Die letzteren werden vollständig durchtrennt, komplette Resektion der endometriosetragenden Teile des Beckenperitoneums beidseits. Beide Tuben sind i. S. einer Sactosalpinx verschlossen. Bei der Eröffnung entleert sich bräunliche Flüssigkeit, die Tubeninnenwand ist vollständig verhärtet, so dass beide Tuben komplett reseziert werden. Das rechte Ovar ist in einer Voroperation entfernt worden, das linke ist nach Form, Lage, Größe und Funktionszustand regelrecht und kann erhalten werden. Bergen der Tuben, Saug-/ Spül-drainage mit 3.000 ml Ringerlösung. Videodokumentation.

Ziehen der Instrumente. Ablassen des CO₂ Verschluss der Trokareinstiche mit Prolene 3x 0. Einzelknopfdruckstichnähte. Druckverband.