

Dünndarmprolaps nach vaginaler Hysterektomie

Rik Osinga, Christian Schrofer, Peter Villiger, Christoph Sommer
 Departement Chirurgie, Kantonsspital Graubünden, Chur

Wir stellen zwei eindrückliche klinische Fälle vor, welche innerhalb von fünf Jahren auf unserer Notfallstation vorstellig wurden. Beide Patientinnen weisen zahlreiche Gemeinsamkeiten auf.

Anamnese

Die 78-jährige Patientin 1 bemerkte beim Pressen auf der Toilette einen Prolaps durch die Scheide, verbunden mit heftigsten Schmerzen. Vorstellung im Spital Scuol und Zuweisung mit der REGA zur operativen Versorgung. Sie war 15 Jahre zuvor wegen eines Descensus uteri Grad II und einer grossen, subjektiv störenden Zystozele vaginal hysterektomiert worden.

Die 79-jährige Patientin 2 hatte sich wenige Tage vor dem notfallmässigen Spitaleintritt beim Gynäkologen vorgestellt, da sie seit einigen Wochen eine vaginale Vorwölbung bemerkt hatte. Diese liess sich jeweils gut manuell reponieren, schmerzte aber zunehmend. Der Gynäkologe diagnostizierte eine Enterozele und plante bei Status nach vaginaler Hysterektomie vor 26 Jahren (die Indikation lässt sich nicht mehr eruieren), die operative Sanierung in Kürze durchzuführen. Nach einmaligem Erbrechen bemerkte sie durch die Scheide prolabierte Dünndarmschlingen und stellte sich auf unserer Notfallstation vor.

Befund/Diagnose

In beiden Fällen präsentierte sich das klinisch identische Bild eines inkarzierten vaginalen Dünndarmprolapses bei Status nach vaginaler Hysterektomie.

Therapie und Verlauf

Patientin 1

Nach medianer Unterbauchlaparotomie zeigte sich, dass Anteile des Ileums durch eine rund 2 cm grosse Öffnung im Bereich des Vaginalstumpfes nach aussen herniert waren. Bei nicht nachweisbarer mesenterialer Zirkulation und beginnender Darmnekrose wurde kein Repositionsversuch unternommen und der Dünndarm von aussen abgesetzt. Von abdominal her erfolgte anschliessend die End-zu-End-Entero-Enterostomie. Nach Anfrischen der Perforationsstelle wurde der Vaginalstumpf mit Einzelknopfnähten verschlossen. Dabei zeigte sich eine Enterozele, welche reponiert und mittels mehrerer Tabaksbeutelnähte des Douglasraumes

von kaudal nach kranial verschlossen wurde. Der postoperative Verlauf gestaltete sich, abgesehen von einem transitorischen Malabsorptionssyndrom mit cholegenen Durchfällen (Therapie mit Colestyramin), komplikationslos, und die Patientin konnte 14 Tage später nach Hause entlassen werden.

Patientin 2

Nach medianer Unterbauchlaparotomie zeigten sich ebenfalls nicht reponierbare Dünndarmschlingen, so dass auch hier der prolabierte Dünndarm extrakorporal mittels Staplernähten abgesetzt werden musste. Anschliessend wurde eine End-zu-End-Entero-Enterostomie durchgeführt. Der dünne Vaginalstumpf wurde ebenfalls angefrischt und mit Einzelknopfnähten verschlossen. Aufgrund einer nicht ganz übersichtlichen Anatomie intrapelvin wurde auf eine Raffung des Douglasraumes verzichtet, um die Ureteren nicht zu gefährden.

Die Patientin wurde postoperativ auf der Intensivstation überwacht und nach zwei Stunden bei respiratorischer Dekompensation reintubiert. Bei Verdacht auf Aspirationspneumonie entwickelte sie im Rahmen einer Sepsis ein respiratorisches Versagen. Nach erfolgreicher Extubation einige Tage später und nach acht Tagen Aufenthalt auf der Intensivstation wurde die Pa-



Abbildung 1

Patientin 1: vaginaler Dünndarmprolaps 14 Jahre nach Hysterektomie.



Abbildung 2
Patientin 2: vaginaler Dünndarmprolaps 26 Jahre nach Hysterektomie.

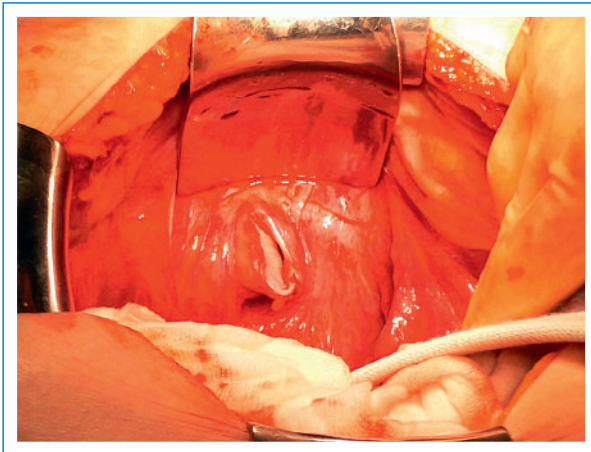


Abbildung 3
Patientin 1: Situs kleines Becken mit rupturiertem Vaginalstumpf.

tientin auf die Normalstation verlegt und nach insgesamt 20 Tagen in die Rehabilitation entlassen. Die Patientin leidet rund ein Jahr später an einer subjektiv störenden Rektozele Grad III. Es ist geplant, diese operativ anzugehen.

Diskussion

Die Hysterektomie ist eine sehr häufig durchgeführte Operation. Ein postoperativer vaginaler Dünndarmprolaps ist hingegen eine sehr seltene Komplikation. Bis dato sind in der Literatur (PubMed/MedLine) lediglich 69 Fälle von vaginalem Dünndarmprolaps nach Hysterektomie beschrieben, und nur ein kleiner Teil davon ist mit einer Inkarzeration vergesellschaftet.

Es scheint, dass die vaginale Hysterektomie eine doppelt so hohe Rate an Darmprolapsen nach sich zieht wie die abdominale Hysterektomie [1]. In der Literatur

sind bei einer jährlichen Rate von 600 000 Hysterektomien allein in den USA (2003) [2] seit 1900 insgesamt nur 69 Fälle von vaginalem Darmprolaps nach Hysterektomie beschrieben [1]. Die Inzidenz ist also verschwindend klein.

Beim Auftreten eines vaginalen Dünndarmprolapses soll initial versucht werden, das Darmpaket von aussen zu reponieren, um eine Inkarzeration zu verhindern. Anschliessend ist eine sofortige chirurgische Exploration indiziert, um die Darmdurchblutung zu beurteilen und den rupturierten Vaginalstumpf zu verschliessen. Der Zeitfaktor spielt die entscheidende Rolle, um eine drohende Sepsis zu verhindern.

Der Auslöser für die Ruptur des Vaginalstumpfes stellt bei postmenopausalen Frauen die rasche Steigerung des intraabdominalen Druckes (Valsalva-Manöver wie Husten, Niesen, Stuhlgang, Erbrechen usw.) dar. Prämenopausal ist der Geschlechtsverkehr die häufigste unmittelbare Ursache [1].

An unserer Klinik präsentierten sich innerhalb von fünf Jahren zwei postmenopausale Patientinnen, welche nach plötzlicher Zunahme des intraabdominalen Druckes einen vaginalen Dünndarmprolaps erlitten.

Zusammenfassung

Der vaginale Dünndarmprolaps stellt eine sehr seltene Komplikation bei vorausgehend hysterektomierten Patientinnen dar. Dies ist eine Notfallsituation, welche nach einer raschen chirurgischen Sanierung verlangt. Dabei soll versucht werden, den Darm von aussen zu reponieren, um eine Inkarzeration zu verhindern. In jedem Fall muss anschliessend laparoskopiert und/oder laparotomiert werden, um die Darmdurchblutung zu beurteilen und den Vaginalstumpf zu verschliessen. Der Allgemeinchirurg wie auch Allgemeinpraktiker muss die Grundzüge des klinischen Erscheinungsbildes, der Ursachen und des Therapiekonzeptes kennen, um beim Auftreten dieser seltenen Komplikation nach Hysterektomie, welche einer der am häufigsten durchgeführten gynäkologischen Operationen darstellt, richtig zu handeln.

Korrespondenz:

Dr. med. Rik Osinga
Assistenzarzt Chirurgie
Kantonsspital Graubünden
Loëstrasse 170
CH-7000 Chur
Rikthedutch@mac.com

Literatur

- 1 Ramirez PT, Klemer DP. Vaginal evisceration after hysterectomy: a literature review. *Obstet Gynecol Surv.* 2002;57:462-7.
- 2 Wu JM, Wechter ME, Geller EJ, Nguyen TV, Visco AG. Hysterectomy rates in the United States, 2003. *Obstet Gynecol.* 2007;110(5):1091-5.