

Eine seltene, aber lebensbedrohliche Komplikation

Transvaginale Dünndarm- eviszeration

Dr. med. Aude J. Michel, Dr. med. Alexandra Müller, Dr. med. Thomas Kinsbergen

SRO Spital Region Oberaargau, Langenthal



Hintergrund

Die transvaginale Dünndarmeviszeration ist eine äusserst seltene, jedoch lebensbedrohliche Komplikation, welche hauptsächlich bei postmenopausalen, vaginal voroperierten Frauen auftritt.

Fallbericht

Anamnese

Auf dem gynäkologischen Notfall stellte sich eine 93-jährige Patientin mit plötzlich aufgetretenen starken Abdominalschmerzen, vaginalem Blutabgang sowie einer prolabierte blutigen Masse transvaginal vor. Aktenanamnestisch bestand bei der Patientin ein Status nach vaginaler totaler Hysterektomie mit vorderer und hinterer Raffung vor mehr als sieben Jahren sowie ein Status nach multiplen Prolaps-Operationen bei Descensus genitalis sowie Enterozele. Letztmalig wurde vier Jahre zuvor eine LeFort-Kolpokleisis mit Perineoplastik und drei Jahre zuvor eine vaginale Revision mit Hemikolpektomie und transvaginaler Restkolpokleisis durchgeführt.

Ansonsten befand sich die Patientin in einem sehr guten Allgemeinzustand ohne relevante Nebendiagnosen.

Befunde

Klinisch präsentierte sich bei der Patientin ein weiches Abdomen ohne Druckdolenz. Vaginal zeigte sich die Eventration von mehreren lividen Dünndarmschlingen (Abb. 1). Laborchemisch zeigten sich keine Auffälligkeiten.

Therapie

Die Indikation zur notfallmässigen Laparoskopie und Dünndarmreposition wurde ohne weitere Bildgebung gestellt. Intraoperativ konnten die prolabierte Dünndarmschlingen unter laparoskopischer Kontrolle transvaginal reponiert werden. Bei der Inspektion des Dünndarmes zeigten sich deutlich hämorrhagisch imbibierte, jedoch noch vitale Schlingen, weshalb auf eine primäre Dünndarmresektion verzichtet wurde (Abb. 2). Es erfolgte eine sparsame Exzision im Bereich

der Wundränder der Vagina und ein direkter Defektverschluss transvaginal durch die Kollegen der Gynäkologie mittels Vicryl 2-0-Einzelknopfnähten (Abb. 3). Die sparsam resezierte nekrotische Vaginalwand wurde zur histologischen Beurteilung eingeschickt. Zur Vermeidung eines Frührezidives entschieden wir uns zur Narbenplattensakropexie im Sinne einer Kolposakropexie bzw. ventraler Rektopexie nach D'Hoore (mittels 3 × 15 cm messendem Ultra-pro-Netz).

Verlauf

Postoperativ zeigte sich ein komplikationsloser Verlauf mit raschem Kostenaufbau und Mobilisation der Patientin. Die intraoperativ begonnene Antibiotikatherapie konnte am sechsten postoperativen Tag gestoppt werden. Am achten postoperativen Tag wurde die Patientin in gutem Allgemeinzustand in einen Kuraufenthalt entlassen. Die histologische Untersuchung ergab eine breitflächige Ulzeration der vaginalen Schleimhaut mit Nachweis von Fremdkörperriesenzellen.

Diskussion

Die transvaginale Dünndarmeviszeration ist eine seltene, jedoch lebensgefährliche Komplikation. In der Literatur wurden bis heute weniger als 100 Fälle beschrieben [1]. Als genannte Risikofaktoren finden sich hohes Alter, Postmenopause, erhöhter intraabdominaler Druck, vaginale Ulzerationen bei ausgeprägter Atrophie, stattgehabte Hysterektomie sowie Multipara [2]. 75% aller transvaginalen Eviszerationen traten bei vaginal voroperierten Patientinnen auf [3].

Postmenopausale Frauen haben ein höheres Risiko für eine spontane Eviszeration auf Grund genitaler Atrophie mit Ausdünnung des vaginalen Gewebes bei Minderdurchblutung und vermehrter Vernarbung. Weiter spielt die Erhöhung des intraabdominalen Druckes auf Grund von Husten, Pressen sowie Stürzen eine wichtige Rolle bei der Entstehung von spontanen transvaginalen Dünndarmeviszerationen [3].

Im Gegensatz hierzu kommt bei prämenopausalen Frauen eine transvaginale Eviszeration auf Grund von vaginalen Traumata bei Vergewaltigungen, Koitus oder durch gynäkologische Instrumentarien vor [3].



Aude J. Michel



Abbildung 1: Transvaginal eventrierte Dünndarmschlingen präoperativ (Die Publikation erfolgt mit dem Einverständnis der Patientin).

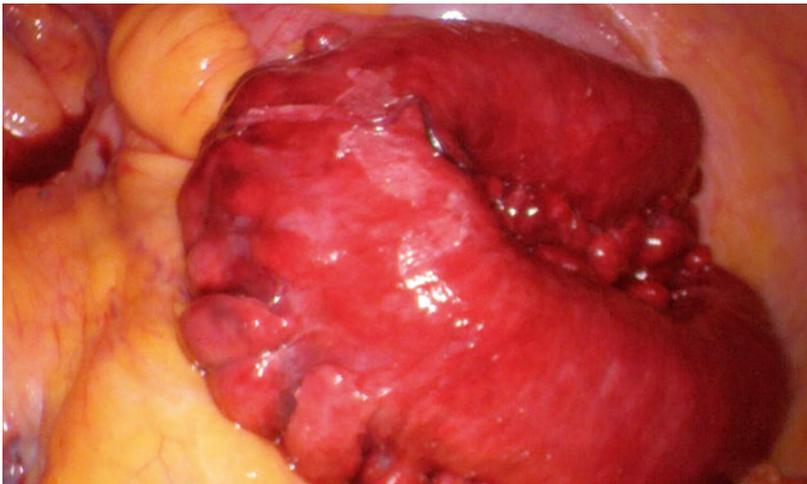


Abbildung 2: Hämorrhagisch imbibierte Dünndarmschlinge intraoperativ nach Reposition (Die Publikation erfolgt mit dem Einverständnis der Patientin).

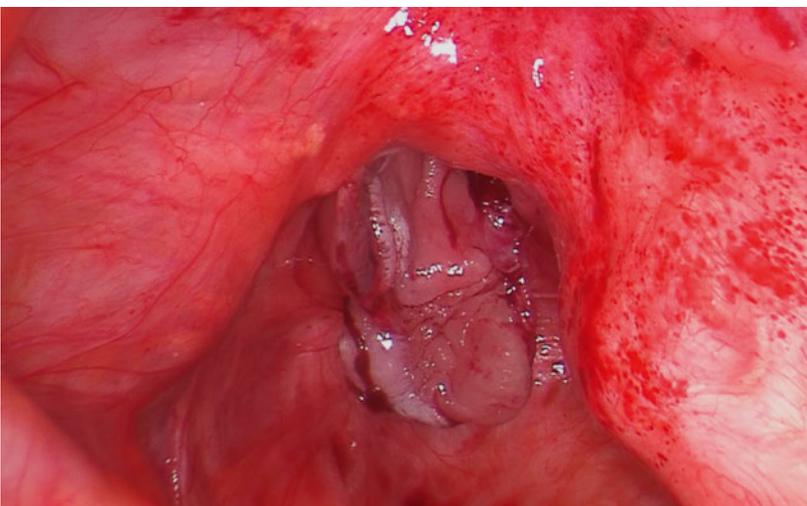


Abbildung 3: Vaginaler Defekt intraoperativ nach Dünndarmreposition (Die Publikation erfolgt mit dem Einverständnis der Patientin).

Die vaginale Dünndarmeventration ist ein medizinischer Notfall, welcher sofortige Diagnostik sowie chirurgische Intervention zur Vermeidung von Komplikationen wie einer Darmischämie benötigt. In der Literatur findet man eine durchschnittliche Mortalitätsrate von 5,6% [3]. Diese hohe Mortalitätsrate ist durch mögliche ischämische oder mechanische Schädigung der eventrierten Darmschlingen oder des Mesenteriums zu erklären. Gemäss Literatur benötigen 20% aller Patientinnen intraoperativ bzw. sekundär eine Dünndarmsegmentresektion [2].

Klinisch präsentieren sich die Patienten meist mit akuten abdominalen Schmerzen, vaginaler Blutung und teilweise einer aus der Vagina quellenden Masse [4]. Als diagnosesichernd dient lediglich die körperliche Untersuchung. Es empfiehlt sich, bei jeder Patientin mit postmenopausaler Hysterektomie sowie akuten abdominalen Schmerzen eine klinische Beckenuntersuchung mit ggf. vaginaler Spekulumuntersuchung durchzuführen.

Die Therapie der transvaginalen Eviszation besteht in der Beurteilung der Vitalität des prolabierten Dünndarmes, der schnellstmöglichen Reposition sowie des Verschlusses des vaginalen Defektes [3].

Als notfallmässige Erstmassnahme sollte eine Stabilisierung der Patientin mit intravenöser Flüssigkeit erfolgen. Weiter sollte der prolabierte Darm nach Beurteilung der Vitalität in feuchte sterile Gazen eingepackt werden. Es empfiehlt sich generell die Gabe eines Breit-spektrumantibiotikums, welches die gesamte Darmflora abdeckt.

In der Literatur wird für die weitere Behandlung der Patientin ein interdisziplinäres Team aus Gynäkologie sowie Chirurgie empfohlen [4]. Wenn der prolabierte Darm vital erscheint (gute Peristaltik, rosa Farbton), kann eine manuelle sofortige Reposition versucht werden. Falls diese Reposition erfolgreich ist, kann ein primärer transvaginaler Defektverschluss angestrebt werden, ohne Durchführung einer Laparotomie bzw. Laparoskopie [3, 4]. Bei nekrotischen Darmschlingen bzw. grenzwertiger Vitalität des Darms sowie sehr kranial lokalisiertem vaginalem Defekt reicht ein vaginaler Zugang alleine nicht aus [3].

Eine chirurgische Therapie ist in jedem Fall Goldstandard. Die Literatur beschreibt verschiedene Techniken. Aktuell wird ein kombiniertes Vorgehen mit vaginalem und abdominalem Zugang favorisiert [3]. Wenn möglich, sollte die abdominale Operation laparoskopisch erfolgen. Dadurch können der gesamte Dünndarm sowie die Bauchhöhle inspiziert und allfällige Verletzungen behandelt werden, wie zum Beispiel Ischämie durch Rissverletzungen des Mesenteriums, durch Strangulation oder Inkarzation sowie Dün-

Korrespondenz:
Dr. med. Aude J. Michel
SRO Langenthal
St. Urbanstrasse 67
CH-4900 Langenthal
aude.j.michel[at]gmail.com

darmverletzungen durch direktes Trauma [5]. Der vaginale Defekt kann mit verschiedenen Techniken verschlossen werden. In den meisten Fällen wird eine einfache direkte Naht durchgeführt. Weitere Optionen mit zusätzlicher Verstärkung der Vaginalwand durch eine synthetische Netzeinlage bzw. ein Omentum-Patch sind möglich [2].

Bei der vaginalen Dünndarmeventration handelt es sich um ein seltenes Krankheitsbild. Entsprechend findet sich wenig Evidenz zur Therapie in der Literatur und es verbleiben offene Fragen. Wir erachten das Involvieren der Kollegen der Gynäkologie bei zumeist gynäkologisch voroperierten Patientinnen und intraoperativ benötigter vaginaler Rekonstruktion als sinnvoll. Ob das in der Literatur beschriebene rein transvaginale Vorgehen bei reponiblen Dünndarmschlingen zulässig ist, verbleibt in Anbetracht der hohen Rate an Dünndarmsegmentresektionen von 20% zu diskutieren. Unserer Meinung nach kann bei reponiblen Dünndarmeventrationen davon ausgegangen werden, dass die Bruchlücke eine gewisse Grösse hat und somit eine Inkarceration und Schädigung des Dünndarmes unwahrscheinlich ist. Wird ein abdominales Vorgehen

bei nicht reponiblen Eventrationen eingeschlagen, scheint eine geplante Second-look-Operation bei oben genannter hoher Inzidenzrate von Dünndarmschämie sicherlich sinnvoll. Im Falle unserer Patientin wurde jedoch hinsichtlich des hohen Alters davon abgesehen und diese rein von der Klinik abhängig gemacht.

Auch bezüglich der Rekonstruktion des Beckenbodens gibt es in der Literatur keine Evidenz-basierten Empfehlungen. Alternativ zum Vorgehen in unserem Fall käme ein zweizeitiges Vorgehen mit sekundärer Netzeinlage nach Ablauf der Akutsituation in Frage, um das Risiko für Netzinfectionen zu vermindern. Wir entschieden uns aufgrund des enorm anergenen Gewebes im Bereich der Vagina und des unserer Meinung nach daraus resultierenden hohen Risiko für eine erneute Ruptur in den ersten postoperativen Tagen für ein einzeitiges Vorgehen mit direkter Einlage eines Netzes. Auch erachteten wir das Risiko der Netzinfection bei sauberem Operationssitus nach ausgiebigem Spülen als gering. Perioperativ wurde eine Antibiotikatherapie gestartet aufgrund der zu vermutenden Kontamination bei freiliegendem Darm. Die Indikation dieser lässt sich jedoch diskutieren und ist nicht Evidenz-basiert.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Wielander A, Kolb W, Häberlin F. Transvaginale Reparatur einer vaginalen Dünndarmeventration: Ein case report. *Z Gastroenterol.* 2014;52-KC182. doi:10.1055/s-0034-1386484.
- 2 Ghassani A, Andre B, Simon-Toulza C, Tanguy le Gac Y, Martinez A, Vidal F. Vaginal evisceration: an unexpected complication of conization. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2014;2014:983682. doi:10.1155/2014/983682.
- 3 Parra RS, Ribeiro JJ, Feres O. Spontaneous transvaginal small bowel evisceration: a case report. *Clinics (Sao Paulo).* 2010;65(5):559–61. doi:10.1590/S1807-59322010000500015.
- 4 Lawson L, Patterson L, Carter K. Transvaginal evisceration progressing to peritonitis in the emergency department: a case report. *Int J Emerg Med.* 2011;4(1):66. doi:10.1186/1865-1380-4-66.
- 5 Matthews CA, Kenton K. Treatment of vaginal cuff evisceration. *Obstet Gynecol.* 2014;124(4):705–8. doi:10.1097/AOG.0000000000000463.

Das Wichtigste für die Praxis

- Obwohl die vaginale Dünndarmeventration ein seltenes Krankheitsbild darstellt, ist deren Relevanz durch die hohe Morbidität und Mortalität gegeben und bedingt eine schnelle Diagnosesicherung und Einleiten von sofortiger Therapie.
- Betroffen davon sind vorwiegend Frauen in der Postmenopause oder im Senium mit vaginalen Voroperationen, Enterozelen und intraabdomineller Druckerhöhung.
- Bei diesen Patientinnen ist deshalb auch bei subtileren Symptomen wie akuten abdominalen Schmerzen oder vaginalem Blutabgang eine Spekulumuntersuchung unerlässlich.
- Die Therapie der Wahl ist die rasche operative Versorgung durch ein interdisziplinäres Team aus Chirurgie und Gynäkologie.