

Stehendlaparoskopie versus mediane Laparotomie

Ovariectomie der Stute: Eine retrospektive Analyse

David Lichtenberg, Hochmoor

In der Pferdechirurgie besteht seit vielen Jahrzehnten die Möglichkeit eine Stute zu ovariectomieren. Die Indikationen für diese Operation sind Tumore (Granulosa- [Abb. 1 und 2] und Thekazellumtore, aber auch Teratome, Zystadenome, Adenokarzinome Lymphosarkome, Melanome und Dysgerminome), Abszesse, Hämatome und abnorm große, persistierende Zysten. Hierfür sind mehrere Methoden beschrieben: Ovariectomie via medianer Laparotomie, Kolpektomie und laparoskopische Ovariectomie.

Aus dem Patientengut der Tierklinik Hochmoor wurden zwischen 2004 und 2012 insgesamt 33 Stuten ovariectomiert. Von den 33 Stuten wurden 23 via medianer Laparotomie in Rückenlage und Allgemeinanästhesie und 10 stehendlaparoskopisch operiert. Bei sieben der zehn Stuten wurde eine Veränderung des Ovars im Sinne einer Neoplasie festgestellt. Drei Stuten wurden kastriert, um

zyklusbedingte Verhaltensauffälligkeiten zu behandeln.

Bei den in Allgemeinanästhesie operierten Stuten wurde wenn möglich das Ovar unter Sichtkontrolle abgesetzt und ligiert. Wenn dies aufgrund eines kurzen Gekröses nur eingeschränkt möglich war, wurde das Ovar mittels Kettencraseur in der Tiefe abgesetzt. Der Schnitt durch die Bauchdecke war in etwa 20–30 cm lang.

Die im Stehen laparoskopisch operierten Stuten wurden sediert und mit einer lokalen Infiltrationsanästhesie versorgt (Abb. 3). Es wurden in der Flanke insgesamt drei Portale angelegt: Eines für die Optik sowie zwei Instrumentenzugänge, die später zu einem längeren Schnitt verbunden wurden, um das abgesetzte Organ zu entwickeln (Abb. 4 und 5). Das Organ wurde mittels CO₂-Insuf-

flation zugänglich gemacht, so dass ausreichend Abstand zu anderen Organen gewahrt werden konnte, wodurch eine bessere Sicht auf das Op-Feld gewährt wird. Das Durchschneiden des Mesovariums und das Koagulieren der Gefäße erfolgte mittels eines „Vessel-Sealing-Systems“. Die Schnitte in der Flanke waren ungefähr 2 cm (Optikzugang), bzw. 8–15 cm lang (Ovariectomiezugang).

Bei den in Allgemeinanästhesie operierten Stuten (n = 23) wurden insgesamt 24 Ovarien entfernt. Zwei Stuten wurden beidseitig ovariectomiert, bei einer Stute war die Ovariectomie aufgrund von Verklebungen des Organs mit der Bauchwand nicht möglich. Die mittlere Verweildauer in der Klinik lag bei den in Allgemeinanästhesie operierten Stuten bei 18,9 Tagen (SD = 8,9).

Bei den stehendlaparoskopisch operierten Stuten (n = 10) wurden insgesamt 13 Ovarien entfernt. Drei Stuten wurden beidseitig ovariectomiert. Die mittlere Verweildauer in der Klinik lag bei 9,8 Tagen (SD = 9,3).

Drei der in Allgemeinanästhesie operierten Stuten wurden innerhalb der ersten 10 Tage post operationem relaparotomiert. Die Gründe hierfür waren bei zwei Stuten Hämorrhagien, bei einer Verklebungen des Darmes mit dem Ovarstumpf, die sich transrektal nicht lösen ließen und rezidivierend Koliksymptome hervorriefen. Vier Stuten zeigten postoperativ Verklebungen von Darmteilen mit dem Ovarstumpf, die teilweise transrektal gelöst werden konnten. Drei Stuten zeigten eine leichte bis mittelgradige Peritonitis mit bis zu 300.000 Zellen im Bauchhöhlenpunktat.

Bei den stehendlaparoskopisch operierten Stuten kam es bei drei Ovarien (n = 13) intra operationem im Zuge der Gefäßversiegelung zu einer Blutung, die aufgrund der guten Aufsicht auf das Organ jeweils sofort unter Sichtkontrolle gestillt werden

konnte. Zwei Stuten entwickelten ein Serom, davon eine im weiteren Verlauf eine Wundheilungsstörung. Dieses war die einzige Stute, die für eine längere Zeit als sieben Tage in der Klinik verblieb.

Die erhobenen Daten scheinen darauf hinzuweisen, dass die Ovariectomie der Stute in Allgemeinanästhesie einige Risiken birgt. Von einem allgemeinen Narkoserisiko einmal abgesehen, waren bei den in Allgemeinanästhesie ovariectomierten Stuten intraoperativ nicht erkannte bzw. postoperativ entstandene Hämorrhagien ein großes Problem. Verklebungen des Ovarstumpfes mit Darmanteilen waren bei 16,6 % der Stuten ein Grund für postoperative Koliksymptome.

Diese Probleme konnten wir bei der am stehenden Pferd durchgeführten Operation nicht mehr beobachten. Wenn direkt beim Absetzen Blutungen auftraten, konnten diese aufgrund der durch den physiologischen Situs guten Sicht auf das hängende Organ unter Sichtkontrolle behoben werden. Probleme mit Adhäsionen sind bei uns im laparoskopisch operierten Patientengut bis jetzt nicht aufgetreten.

Durch die physiologisch weit dorsale Lage der Ovarien birgt die OP-Methode im Stehen, bei der das Darmkonvolut nicht auf dem zu operierenden Organ liegt, im Hinblick auf die Zugänglichkeit und Übersicht deutliche Vorteile.

Es scheint, dass die laparoskopische Operation weitaus atraumatischer für das Dünn- und Dickdarmkonvolut ist, so dass hierdurch möglicherweise das Ausbleiben von Adhäsionen nach Laparoskopie zu erklären ist. Die Daten aus dem Patientengut der Tierklinik Hochmoor belegen, dass bei der Ovariectomie der Stute die laparoskopische Operation im Stehen mit weniger Komplikationen behaftet ist als die Ovariectomie in Allgemeinanästhesie.

Literatur beim Verfasser

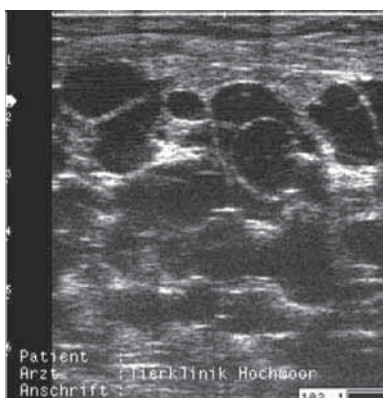


Abb. 1: Transrektales Ultraschallbild eines Granulosazelltumors.



Abb. 2: Granulosazelltumor im Anschnitt.



Abb. 3: Infiltrationsanästhesie in der Flanke.



Abb. 4: Stehend-Laparoskopie: OP-Situs.



Abb. 5: Entnahme des Ovars durch den Flankenschnitt.



KONTAKT
David Lichtenberg
Tierklinik Hochmoor
Von-Braun-Straße 10
48712 Gescher-Hochmoor
d.lichtenberg@tierklinik-hochmoor.de

ABO

kompaktVET

Das neue Kongress-Magazin für Fortbildungen in der Medizin – im Jahres-Abonnement günstiger!

Einzelheft: € 5,- | Abonnement: € 40,-

Preisangaben inkl. Mehrwertsteuer und zuzüglich Versandkosten | mindestens 9 Hefte jährlich

Nähere Informationen und Anmeldung unter:

Schröders Verlag UG | Vopeliuspfad 6 | 14169 Berlin | www.schroedersverlag.de

