

Kleiner Schnitt mit großer Wirkung

Auch bei Gebärmutter-Entfernungen wird minimalinvasiv gearbeitet

Viele Frauen fürchten sich davor – und kommen doch nicht darum herum: Die Entfernung der Gebärmutter. Bei einem minimalinvasiven Eingriff mit Bauchraum-Kamera und kleinen Schnitten bleibt zumindest der äußere Schaden gering. FNP-Mitarbeiterin Katja Gussmann hat eine solche OP begleitet.

Frankfurt. „Ausziehen, bitte“, die Schwester lächelt freundlich. Ok, raus aus den Jeans, rein in den grünen Kittel, Häubchen auf, Mundschutz um. Schließlich geht es darum, einem Chirurgen bei seiner Arbeit über die Schulter zu blicken, der es schafft, mit minimalen Schnitten große Operationen durchzuführen.

Wer einmal auf dem OP-Tisch lag, weiß, wie es sich anfühlt, in den kühlen Operationssaal geschoben zu werden, wenn fremde Menschen an einem herum nesteln, Schläuche anlegen, Mut machenden Blickes. Dann kommt der Moment, in dem alles schlagartig schwarz wird, der Moment, in dem man sich voll und ganz den Ärzten anvertraut, Stunden später orientierungslos aufwachen wird. Mit einer Gedächtnislücke – was ist in der verlorenen Zeit geschehen...?

Neue Technik im Einsatz

Während die Patientin für die Operation vorbereitet wird, macht sich auch das Team bereit. Geplant ist eine Hysterektomie. Die Patientin hat starke Beschwerden, die eine Entfernung der Gebärmutter zwingend erforderlich machen. In vielen Krankenhäusern erfolgt diese Operation mit einem großen Bauchschnitt. Im Marienkrankenhaus ist das anders. 200000 Euro hat die Klinik in die neue Technik für laparoskopische Operationen investiert, als Professor Dr. Michael Eichbaum im August neuer Chefarzt der Frauenklinik wurde. Der feinfühlig und besonnen auftretende Chirurg möchte mit seinem Know-how, das er sich in seiner Zeit an der Heidelberger Uniklinik erworben hat, ein Zentrum für minimal invasive Chirurgie in der Frauenklinik etablie-

ren. Der Vorteil für die Patientinnen ist klar: Kleine Schnitte, durch die Kamera und OP-Instrumente eingeführt werden, verheilen sehr viel schneller, als ein größerer Schnitt. Der Blutverlust ist deutlich geringer, die Genesungszeit kürzer. Die Kamera liefert zwei- bis fünfmal vergrößerte Bilder, das erspart dem Operateur eine Lupenbrille und lässt sehr exaktes Arbeiten zu.

Den Bildschirm im Blick

Der Operationssaal liegt im Halbdunkel. Die Rollläden der Fensterfront sind zur Hälfte heruntergelassen, die großen OP-Tisch-Leuchten bleiben ausgeschaltet. Denn alle Blicke richten sich während der Operation auf den Bildschirm, der über dem OP-Tisch hängt und ein gestochen scharfes Bild zeigt. Es ist kühl im Saal. Die Patientin wird mit dem Kopf tiefer gelagert, damit die Organe nicht auf die zu operierende Stelle drücken. Die Anästhesistin sitzt am Kopfende und überwacht die Narkose. Nur der gleichmäßige Piepton des Herzschlags ist zu hören. Am OP stehen Eichbaum und Oberarzt Arist Dietrich. Eine Studentin im Praktischen Jahr hat die Aufgabe, zwischen den Beinen der Patientin sitzend, die Gebärmutter von unten zu bewegen, je nach Anweisung durch den Operateur.

Es kann losgehen. Zunächst werden die Schnitte am Bauch für die Instrumente und die Kamera gesetzt und Hülsen eingeführt. Durch diese schieben die Operateure die jeweils benötigten Instrumente. Der Bauchraum wird prall wie ein Ballon mit Gas gefüllt, damit Raum zwischen den Organen entsteht. So ist es möglich, Blase, Darm, Eierstöcke und Gebärmutter genau zu betrachten und voneinander abzugrenzen. Neben Eichbaum positioniert sich ein Pfleger am Instrumententisch. Hier liegen unzählige, für den Laien nicht leicht unterscheidbare Scheren, Faszangen und Tupfer – der Profi aber weiß genau, was er braucht. Durch den Mundschutz sind Eichbaums Anweisungen nur gedämpft zu hören.

Um die Gebärmutter zu entfernen, müssen zunächst die Gefäße



Professor Dr. Michael Eichbaum (links) bereitet die Instrumente vor, mit denen die minimalinvasive OP durchgeführt wird.

Foto: Roessler

verodet werden, ehe sie durchtrennt werden. Eichbaum hat dafür ein rund 30 Zentimeter langes Instrument in den Bauchraum eingeführt und presst mit der kleinen Klemme am unteren Ende in das Gewebe. Es verfärbt sich geräuschlos wie ein Hähnchen in der Pfanne, ein wenig Dampf steigt auf. Zum Glück ist kein Geruch wahrnehmbar. Mit rund hundert Grad werden die Blutgefäße verodet. Blut fließt dabei so gut wie gar nicht.

Wie in Zeitlupe

Die Konzentration am OP-Tisch ist hoch, die Bewegungen sind minimal. Einem Standbild gleich erscheinen Operateure und Instrumentierender im schwachen Tageslicht. Den Fuß am Pedal, das den Stromfluss steuert, in jeder Hand ein Instrument, den Blick auf den Monitor gerichtet – Eichbaum ist die Ruhe selbst. Dietrich führt die

Kamera auf Anweisung. „Jetzt noch mal in der Übersicht – ich muss sehen, wo ich bin“, sagt Eichbaum.

Die Gebärmutter hat ihre Farbe verändert – das Zeichen dafür, dass sie nicht mehr durchblutet wird. Etwa eine Stunde dauert die Operation bereits, verläuft komplikationslos. Wie Zahnräder greifen die Handgriffe der Operateure und Assistenten ineinander.

Jetzt steht die Entscheidung an, wie die Gebärmutter entfernt wird. Zwei Varianten wurden mit der Patientin besprochen: Die komplette Entfernung oder die suprazervikale Hysterektomie, bei der der Gebärmutterhals erhalten bleibt. Eichbaum bittet um ein spezielles Instrument, doch es befindet sich nicht auf dem Tisch. Gegenüber der Fensterfront sind Schränke mit Glasüren in die Wand eingelassen, hierin stapeln sich in Plastikfolien verstaute Instrumente, die nun vom

INFO Ein häufiger Eingriff

Die Hysterektomie (Gebärmutterentfernung) nahm unter den 50 häufigsten Operationen der vollstationären Patienten in Krankenhäusern 2011 Rang 36 ein. Auf weibliche Patienten begrenzt, liegt sie mit rund 112000 Operationen sogar auf Platz elf – zum Vergleich: Kaiserschnitte belegen mit fast 193000 Fällen im vergangenen Jahr den dritten Platz. Grund für die Diagnose sind häufig gutartige

Wucherungen (Myome) die Schmerzen verursachen und oftmals nicht organerhaltend entfernt werden können. Die laparoskopische Operationsmethode erleichtert den Frauen den Genesungsprozess und hinterlässt nur kleine Narben. Im Marienkrankenhaus werden auch Krebspatienten minimal invasiv operiert. Die Schulung der Ärzte erfolgt unter anderem an einem Simulator.

„Springer“ durchforstet werden, eine Schwester unterstützt ihn dabei.

Der Springer ist derjenige im Team, der nicht direkt am OP-Tisch steht, aber den Operateuren assistiert, indem er benötigte Dinge heranholt. Die Ärzte warten geduldig. Und warten. Das Standbild löst sich auf, die Körperhaltung lockert sich. Das Instrument ist nicht aufzufinden. Dann muss es ein anderes tun – Zeit zum Diskutieren warum und wieso ist nicht. „In zwölf Jahren habe ich noch keine laparoskopische Operation erlebt, in der die hochspezialisierte Technik uns nicht auch ihre Tücken präsentiert hätte“, kommentiert Eichbaum.

„Die Kunst des Operierens besteht auch darin, in Akutsituationen Probleme lösen zu können.“ Also greift in diesem Moment Plan B mit einem anderen Instrument. Eichbaum und Dietrich beraten sich, treffen eine Entscheidung:

Aufgrund der Anatomie der Patientin und dem bisherigen Verlauf der Operation entschließen sich die beiden zur kompletten Entfernung der Gebärmutter vaginal. Dietrich tauscht seinen Platz mit der Studentin und beginnt, die bereits abgetrennte Gebärmutter herauszuziehen. Diesmal unterstützt von Eichbaum, der das Organ in die richtige Position bringt und schiebt. Zum Schluss wird ein Drainageschlauch für die Wundflüssigkeit gelegt, dann ist die Operation erfolgreich beendet. Und die Gebärmutter? Das „Zentrum der Kreativität“, das „Urweibliche“ – oder einfach ein Organ zur Reproduktion – liegt ein wenig abseits, auf einem niedrigen Metalltischchen. Die Patientin wird nun versorgt.

Einen Tag später ist die Patientin bereits wieder wohlauf. Die Drainage für die Wundflüssigkeit kann problemlos entfernt werden.



Nur durch ein kleines Loch im Bauch wird operiert.



Sorgfältig wurden die nötigen Utensilien vorbereitet.



Katja Gussmann begleitete die OP.