

Carla Lavinia Wullkopf

Dr. med.

Umgang mit intraperitonealen Drainagen bei gynäkologischen Operationen

Fach/Einrichtung: Frauenheilkunde

Doktorvater: Prof. Dr. med. Joachim Rom

Aufgrund des Fehlens eines nationalen oder internationalen Konsensus bzw. Leitlinien ist es Ziel dieser Umfrage, Daten zum aktuellen Stand der Versorgung mit intraperitonealen Drainagen bei gynäkologischen Operationen im nationalen Rahmen zu gewinnen. Das primäre Ziel ist die Erhebung der Häufigkeit des routinemäßigen Drainageeinsatzes bei 10 verschiedenen gynäkologischen Operationen. Weitere Ziele sind die Ermittlung der Intentionen der Drainage, des Drainagetyps und der Kriterien für die Drainagebeendigung.

Im Rahmen einer Internet-basierten Online-Umfrage nahmen 236 Klinikärzte aus dem südwestdeutschen Raum an dieser Umfrage teil. Die Ärzte waren überwiegend in der operativen Gynäkologie tätige Oberärzte mit einer längeren Berufserfahrung.

Die Auswertung der Daten zeigte kein einheitliches Vorgehen beim Einsatz einer intraperitonealen Drainage. Nur eine geringe Mehrheit der Ärzte (ca. 6 von 10) legt bei 6 der 10 abgefragten Operationen eine Drainage. Eindeutig war hingegen das Ergebnis bei der Sectio caesarea: hier wird keine Drainage routinemäßig eingelegt. Auch bei der inguinalen Lymphonodektomie und der explorativen Laparoskopie mit Lymphonodektomie war das Ergebnis klarer: hier wird von 80-90 % der Ärzte eine Drainage gelegt, wobei die Ableitung der Lymphe eine Rationale darstellt.

Die Intention der Drainage bestand überwiegend im frühzeitigen Erkennen von Blutungen und Verletzungen des Magen-, Darm- und Harntraktes und spiegelt damit den Aspekt der Früherkennung chirurgischer Komplikationen wider.

Eine überwiegende Mehrheit der Ärzte entscheidet sich beim Drainagetyp für eine nach dem passiven Schwerkraftprinzip funktionierende Robinsondrainage. Eine Redon-Saugdrainage wird nur bei der inguinalen Lymphonodektomie bevorzugt, um vor allem die vermehrt anfallende Lymphflüssigkeit zu entfernen.

Die Festlegung des Drainageendes zeigte ebenfalls ein heterogenes Vorgehen. Etwa jeweils die Hälfte der Ärzte entschied sich für ein rein zeitliches oder ein nach Fördermenge der Drainage orientiertes Drainageende. Bei der zeitlichen Orientierung wird von den Ärzten meist eine kurze Dauer von 1-2 Tagen angestrebt. Eine Ausnahme bilden die Eingriffe mit einer Lymphonodektomie mit einer Dauer von > 4 Tagen. Bei der Orientierung nach der Fördermenge ist häufig ein Volumen von 50-100ml/ 24h ein Zielkriterium für das Drainageende.

Letztlich sind sowohl für den Drainageeinsatz als auch die Drainagedauer multizentrische, prospektive, randomisierte Studien notwendig, um die klinische Evidenz für diese Maßnahme zu belegen. Diese Umfrage liefert Daten zur nationalen Versorgungsrealität und könnte damit als Grundlage für die aktuelle kontroverse Diskussion über die Sinnhaftigkeit einer intraperitonealen Drainage bei gynäkologischen Operationen dienen. Zukünftig könnten die Daten der Umfrage eine Hilfe im Sinne einer Entscheidungshilfe zur Verbesserung der Versorgung in der klinischen Praxis verwendet werden.

Auch eine Zusatzanalyse bei 97 Patientinnen mit einer Ovarialkarzinomoperation diene dazu, den aktuellen Stand der Versorgung mit einer intraperitonealen Drainage in einem universitären Zentrum abzuschätzen. Eine Drainage wird hier meist routinemäßig durchgeführt und es liegen auch keine Publikationen hierzu vor. Die quantitative Analyse zeigte, dass bei dieser Operation meist mit einer sehr viel längeren Liegedauer (Mittelwert 6,2 Tage) gerechnet werden muss. Die bevorzugt verwendete Drainage bei dieser Operation ist die Easy-Flow-Drainage.

Die bei dieser gynäkologischen Operation erhobenen Daten sind nur ein erster Ansatz, um die Versorgung dieser Patientinnen mit einer Drainage zu ermitteln. Zudem sollten genau wie bei den untersuchten Operationen in der Umfrage hinsichtlich Einsatz, Art und Liegedauer einer intraperitonealen Drainage weitere Studien die klinische Evidenz dieser Maßnahme belegen.

Die Rationale für den Drainageeinsatz erscheint insgesamt auch heute noch im klinischen Alltag stark durch Empirie und Überlieferung und weniger durch ihre klinische Evidenz geprägt.