

ISSN 0341-5929

# PUBLIKATIONEN ZU WISSENSCHAFTLICHEN FILMEN

SEKTION  
**MEDIZIN**

SERIE 4 · NUMMER 16 · 1978

V6-V FILM D 1101

Gynäkologische Pelviskopie  
Verwachsungen



INSTITUT FÜR DEN WISSENSCHAFTLICHEN FILM · GÖTTINGEN

*Angaben zum Film:*

Tonfilm (Komm., deutsch), 16 mm, farbig, 127 m, 12 min (24 B/s). Hergestellt 1967/68, veröffentlicht 1973.

Der Film wurde aus vorhandenem Material zusammengestellt und ist für die Verwendung im Hochschulunterricht bestimmt.

Aus der Frauenklinik und Hebammenlehranstalt der Universität Kiel, Prof. Dr. K. SEMM. Bearbeitet und veröffentlicht durch das Institut für den Wissenschaftlichen Film, Göttingen, Dr. K.-H. HÖFLING.

*Zitierform:*

SEMM, K.: Gynäkologische Pelviskopie – Verwachsungen. Film D 1101 des IWF, Göttingen 1973. Publikation von K. SEMM, Publ. Wiss. Film., Sekt. Med., Ser. 4, Nr. 16/D 1101 (1978), 7 S.

*Anschrift des Verfassers der Publikation:*

o. Prof. Dr. K. SEMM, Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Abt. Frauenheilkunde im Zentrum für operative Medizin I und Hebammenlehranstalt, Hegewischstr. 4, D-2300 Kiel.

---

PUBLIKATIONEN ZU WISSENSCHAFTLICHEN FILMEN

Sektion BIOLOGIE

Sektion TECHNISCHE WISSENSCHAFTEN

Sektion MEDIZIN

NATURWISSENSCHAFTEN

Sektion ETHNOLOGIE

Sektion GESCHICHTE · PUBLIZISTIK

Herausgeber: H.-K. GALLE · Schriftleitung: E. BETZ, I. SIMON

PUBLIKATIONEN ZU WISSENSCHAFTLICHEN FILMEN sind die schriftlichen Ergänzungen zu den Filmen des Instituts für den Wissenschaftlichen Film und der Encyclopaedia Cinematographica. Sie enthalten jeweils eine Einführung in das im Film behandelte Thema und die Begleitumstände des Films sowie eine genaue Beschreibung des Filminhalts. Film und Publikation zusammen stellen die wissenschaftliche Veröffentlichung dar.

PUBLIKATIONEN ZU WISSENSCHAFTLICHEN FILMEN werden in deutscher, englischer oder französischer Sprache herausgegeben. Sie erscheinen als Einzelhefte, die in den fachlichen Sektionen zu Serien von etwa 500 Seiten zusammengefaßt und im Abonnement bezogen werden können. Jede Serie besteht aus 4 Lieferungen mit einer entsprechenden Zahl von Einzelheften; jährlich erscheinen 1–4 Lieferungen in jeder Sektion.

Bestellungen und Anfragen an: Institut für den Wissenschaftlichen Film  
Nonnenstieg 72 · D-3400 Göttingen  
Tel. (05 51) 2 10 34

## FILME FÜR FORSCHUNG UND HOCHSCHULUNTERRICHT

KURT SEMM, Kiel:

Film D 1101

### **Gynäkologische Pelviskopie – Verwachsungen**

Verfasser der Publikation: KURT SEMM

#### *Inhalt des Films:*

**Gynäkologische Pelviskopie – Verwachsungen.** Die Pelviskopie (gynäkologische Laparoskopie) ermöglicht die visuelle Inspektion der weiblichen Genitalorgane. Der Film veranschaulicht, welchen Wert diese Untersuchung besonders bei leichten und schweren Verwachsungen im Abdomen hat. Durch die chirurgisch-therapeutische Pelviskopie lassen sich mit Hilfe der modernen Endokoagulation fast alle Verwachsungen im Bauchraum per pelviskopiam beseitigen.

#### *Summary of the Film:*

**Gynaecological pelviscopy – Adhesions.** Pelviscopy (gynaecological laparoscopy) enables visual inspection of the female genital organs. The film illustrates the value of these investigations especially in slight and severe adhesions in the abdomen. By surgical-therapeutic pelviscopy, and with the aid of modern endocoagulation almost all adhesions in the abdominal cavity can be eliminated via the pelviscope.

#### *Résumé du Film:*

**Coelioscopie gynécologiques – adhérences.** La coelioscopie, ou laparoscopie gynécologique, permet d'inspecter à l'œil les organes génitaux féminins. La film illustre la valeur qu'a cet examen en particulier dans les cas d'adhérences discrètes ou importantes dans la cavité abdominale. Grâce à la pelviscopie chirurgicale-thérapeutique on peut, avec les méthodes modernes d'électrocoagulation, supprimer presque dans tous les cas les adhérences situées dans la cavité abdominale.

### **Allgemeine Vorbemerkungen**

Die gynäkologische Pelviskopie, auch Laparoskopie oder Coelioskopie genannt, ist ein heute fest in die Diagnostik und Therapie der Frauenheilkunde integriertes Verfahren. Durch Schaffung einer handlichen und leistungsstarken Optik und die Automatisierung des Pneumoperitoneums (durch CO<sub>2</sub>-Pneu nach SEMM oder Variation dieses Apparates) bietet die Durchführung einer diagnostischen Bauchspiegelung heute technisch keine Probleme mehr. Die rein diagnostische Pelviskopie (= nur betrachten) ist heute erweitert durch die diagnostisch-chirurgische Pelviskopie (= betrachten plus biopsieren) und die chirurgisch-therapeutische Pelviskopie

(= endoskopische Abdominalchirurgie). Besonders letztgenannte Technik setzt eine perfekte Kenntnis der Topographie des normalen und pathologischen kleinen Beckens voraus. Dieser Film stellt eine Einführung in das Thema dar.

### Erläuterungen zum Film

Zunächst wird der gynäkologische Normalsitus dargestellt. Durch die artefizielle Elevation der Gebärmutter mit Hilfe einer Vakuum-Intrauterinsonde ist die volle Einsicht in die Excavatio recto uterina gegeben. Beide normal konfigurierten Adnexe sind gut zu übersehen. Im Anschluß daran wird bei diesem Fall eine Verwachsung im Mittelbauch, im Bereich der ehemaligen Appendektomie, dargestellt. Mit Hilfe von Hochfrequenzstrom – was seit 1975 **nicht** mehr anzuraten ist, wird diese Bride koaguliert und anschließend durchtrennt.

Im nächsten Situs zeigt sich eine massive Verwachsung zwischen Jejunumschlinge und Fundus corporis uteri, entstanden im Anschluß an eine Adnektomie rechts. Die Patientin klagte über chronische Unterleibsbeschwerden.

Es folgt eine Demonstration von Verwachsungen, die nach einer Pelveoperitonitis entstanden sind. Das Netz ist bis zum Blasendach adhaerent und Dünndarmschlingen sind mit den rechten und linken Adnexen verklebt.

In einem weiteren Fall ist nach abgelaufener Pelveoperitonitis das Omentum majus am Fundus corporis uteri fixiert, daneben intraligamentär präsentiert sich eine mandarinengroße Paraovarialcyste.

Die Kamera schwenkt dann in den Oberbauch, um massive perihepatische Verwachsungen darzustellen, die sich zahlreich zwischen Diaphragma und dem Leberlappen befinden.

In einem weiteren Situs wird nach Demonstration der Topographie im rechten Unterbauch eine typische Verwachsung nach vorausgegangener Appendektomie gezeigt. Ein Schwenk in den Oberbauch läßt eine Leberzirrhose erkennen.

Solche Verwachsungen lassen sich heute mit der Endokoagulation per pelviskopiam beseitigen. Wiederum die im Film schon einmal gezeigte Durchtrennung mit Hochfrequenzstrom, die aber wegen Gefahr von Darmverbrennungen seit 1973 nicht mehr zu empfehlen ist. Mit Hilfe der 100°-Eiweißkoagulation, genannt Endokoagulation nach SEMM, lassen sich diese Operationen heute ohne Stromrisiko für die Patientin durchführen.

Ein weiterer Fall zeigt eine Endometriosis genitalis externa mit Hydrosalpinx links.

Nach der Demonstration der Appendix in einem folgenden Situs werden typische Verwachsungen im Bereich der Appendixgegend demonstriert, die chronische Unterleibsbeschwerden provozierten.

In einem weiteren Situs sind chronische Verwachsungen im rechten Adnexbereich mit Netz und Darm dargestellt, die infolge ihrer weißfleckigen Auflagerungen den Verdacht auf eine Genital-Tuberkulose gaben. Durch Biopsien aus dem verdächtigen Bezirk wird die Diagnose histologisch bestätigt. Beidseits bestehen Saktosalpingen mit periovariellen und peritubaren Verwachsungen. Diese stellen sich bei

der Chromosalpingoskopie als bis zum verschlossenen ampullären Ende durchgängig dar.

Es folgt die Demonstration einer Extrauteringravidität bei ausgedehntem Verwachsungsbauch.

Folgend wird eine Appendix-Amputationsstelle mit einem  $\frac{1}{2}$  cm langen Appendix-Divertikel gezeigt.

Anschließend Demonstration einer ausgedehnten Congestion pelvina. Die Venen, insbesondere im rechten Adnexbereich, sind bis auf Bleistiftdicke prall gefüllt, obgleich sich die Patientin schon seit längerer Zeit in  $15^\circ$ -Beckenhochlagerung befindet.

Ein weiterer Situs zeigt eine bananendicke Hydrosalpinx links. Sie ist als sog. Posthorntube anzusprechen. Rechts liegt eine fingerdicke Hydrosalpinx vor.

Der folgende Fall zeigt bei unvollständiger Blasenentleerung – die Blase hängt wie ein Dach über den Uterus – Saktosalpingen und periovarielle Verwachsungen beiderseits. Beim Schwenken in den Oberbauch präsentiert sich in der Gallenblase ein großer solitärer Gallenstein.

Nochmalige Darstellung eines Falles mit perihepatitischen Verwachsungen, massiven Verwachsungen im Appendixnarbenbereich und ausgedehnten periuterinen Adhaesionen zur Blase bei Endometriosis genitalis externa.

Anschließend erfolgt die Demonstration eines Uterus mit einem mandarinengroßen Rucksackmyom.

Der folgende Fall zeigt ein daumenendgliedgroßes, subseröses Myom an der Uterushinterwand, das mit dem Fett des Sigmas und der Ampulla recti breitbasig verlötet ist. Daneben befinden sich zahlreiche peritubare und periovarielle Verwachsungen. Auch das Blasendach ist mit dem Uterus verlötet.

In einem weiteren Fall wird ein Uterus myomatosus multilocularis dargestellt, bei dem sich in der rechten Tube ein kirschkerngroßer Endometrioseherd deutlich präsentiert. Im Douglas befindet sich altes Menstrualblut. Schwenken in den Oberbauch mit Darstellung der Gallenblase.

Der nächste Casus zeigt ein funduswärts gerichtetes hühnereigroßes Myom.

### **Wortlaut des gesprochenen Kommentars**

Besonders wertvoll ist die gynäkologische Pelviskopie zum Erkennen von Ursachen chronischer Unterleibsbeschwerden: Hier zeigt sich trotz chronischer Unterleibsbeschwerden ein völlig normaler Genitalsitus ohne jede morphologische Verwachsung.

In diesem Fall dagegen sehen wir peritubare Verwachsungen, besonders eine Bride an der rechten Tube und Verwachsungen im Mittelbauch, die nach einer Appendektomie entstanden sind. Derartige Briden befinden sich nicht in unmittelbarer Darmnähe und lassen sich leicht durch Koagulation und anschließenden Schnitt mit der Schere beseitigen.

Diese rechte Hydrosalpinx ist mit dem Fundus des Corpus uteri massiv verlötet; links ist die Sigmaschlinge in den Konglomerattumor mit einbezogen.

Nach der Operation einer Tubargravidität ist hier das Netz breitbasig am Fundus corporis uteri fixiert, was die chronischen Unterleibsbeschwerden der Patientin erklärt.

Die Chromopertubation zeigt hier eine Posthorntube mit massiven Netz- und Sig-maverwachsungen links.

Dieser intraligamentäre Pseudo-Ovarialtumor rechts ist hinter Netzverwachsungen deutlich zu erkennen. Das Blasendach ist mit Netzteilen am Fundus uteri fixiert.

Beim Blick in den Oberbauch sind perihepatitische Verwachsungen im Anschluß an eine abgelaufene Hepatitis sichtbar.

Wegen eines Fettbauches konnte hier kein klarer Tastbefund erhoben werden. Die Pelviskopie zeigt ein unauffälliges, inneres weibliches Genitale, jedoch Verwachsungen im Bereich der alten Appendixnarbe und eine beginnende Leberzirrhose mit deutlicher Trabekelbildung.

Die Pelviskopie ersparte der Patientin eine unnötige Laparotomia explorativa.

Die Kamera schwenkt nochmals über die alten Appendixverwachsungen zum Unterbauch zurück, wo jetzt auch eine ausgedehnte Varicosis pelvina erkennbar ist.

Nochmals zur Kontrolle eventueller Nachblutungen der abdominelle Situs.

Links wurde bei der Patientin ein Ovarialtumor getastet. Er erweist sich pelviskopisch als ein alter entzündlicher, posthornförmiger Adnextumor.

Die Appendix und der innere Genitalsitus sind deutlich als reizlos zu erkennen. Die von der Patientin geäußerten chronischen Unterleibsbeschwerden lassen sich daher nicht durch morphologisch erfassbare Ursachen erklären. Hier nochmals die Appendix: Ein Blick in den Oberbauch zeigt einen normalen Leber- und Gallenblasensitus.

Die Ursache der chronischen Unterleibsbeschwerden bei dieser Patientin wurden durch die Pelviskopie erkannt. Die Appendix ist tief in das kleine Becken verlagert, die Gallenblase sehr stark gefüllt, die Leber ist normal. Hier nochmals die Appendix, die parallel zur Tube bis zum Ligamentum rotundum gezogen und dort fixiert ist.

Bei dieser Patientin zeigen sich massive Verwachsungen zwischen Blasendach und dem Fundus des Corpus uteri, Verwachsungen im Mittelbauch und besonders starke Verwachsungen im Oberbauch. Da die Verwachsungen am Blasendach einen Verdacht auf Tuberkulose nahelegen, wird eine Biopsie vorgenommen und danach die Blutung durch Koagulation gestillt.

Hier der Situs nach Adnektomie vor 5 Jahren: Diese Verwachsungen stammen von der vorausgegangenen Laparotomie.

Zwischen diesen Netzverwachsungen ist eine Tubargravidität links erkennbar. Das Tubenhorn ist keulenartig aufgetrieben.

Hier eine unvollständig amputierte Appendix. Der Genitalsitus ist morphologisch normal. Die deutlich sichtbaren hochgradigen Phlebektasien, insbesondere in der rechten Mesosalpinx, erklären die chronischen Beschwerden bei dieser Patientin.

Als Folge einer palliativen Operation rechts vor 5 Jahren bestehen Adnexkonglomerattumore beiderseits.

Bei dieser sehr adipösen Patientin mit überhängendem Blasendach wurde kein Anhalt für einen gynäkologischen Prozeß gefunden. Dagegen zeigt ein Blick in den Oberbauch einen großen Stein in der Gallenblase.

Diese perihepatitischen Briden fanden sich bei einer Patientin mit massiven Unterbauchverwachsungen.

Der Tastbefund war bei dieser adipösen Patientin unklar. Pelviskopisch sieht man Endometrioseherde und ein Rucksackmyom.

Die Pelviskopie zeigte hier einen Uterus myomatosus mit massiven Unterbauchverwachsungen. Die Sigmashlinge ist in die Netzverwachsungen nach einer Antefixatio-Operation einbezogen.

Hier ein Uterus myomatosus mit einem Endometrioseherd in der rechten Tube, sowie perisalpingitische Verwachsungen beiderseits. Ein Blick in den Oberbauch zeigt einen normalen Leber-Gallenblasensitus.

Eine Adipositas permagna erlaubte es nicht, diesen Uterus myomatosus bimanuell zu tasten.

## Literatur

- [1] BRACKEBUSCH, H.-D., und K. SEMM: Die biophysikalischen Prinzipien bei der diagnostischen und therapeutischen Anwendung des elektrischen Stromes in der Endoskopie. *Acta Endoscopica et Radiocinematographica* VI (1976), 41–45.
- [2] FRANGENHEIM, H.: Die Laparoskopie und Kuldoskopie in der Gynäkologie. Stuttgart 1971.
- [3] PALMER, R.: *Les Explorations Fonctionelles Gynécologiques*. Paris 1975.
- [4] PHILLIPS, J. M.: *Laparoscopy*. Los Angeles 1976.
- [5] SCHWALM, H.: Die Laparoskopie in der gynäkologischen Diagnostik. In: SCHWALM, H., und G. DÖDERLEIN: *Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe* Bd. 1, 315–326. München-Berlin-Wien 1970.
- [6] SEMM, K.: Die Laparoskopie in der Gynäkologie. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 27 (1967), 1029–1042.
- [7] SEMM, K.: Pelviskopie, Hysteroskopie, Fetoskopie. In: SCHWALM, H., und G. DÖDERLEIN: *Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe* Bd. I, Erg. 1978, S. 315–326/101. München-Wien-Baltimore 1970.
- [8] SEMM, K.: *Pelviskopie und Hysteroskopie – Farbatlas und Lehrbuch*. Stuttgart-New York 1976.  
Coeditions:  
W. B. SAUNDERS, Philadelphia-London-Toronto 1977;  
Editora Manole LTDA, São Paulo 1977;  
Toray-Masson, S. A., Barcelona 1977;  
Masson, Paris-New York-Barcelona-Milano 1977.
- [9] SEMM, K.: Die Mikrochirurgie in der Gynaekologie – Endokoagulation, ein neues Hilfsmittel für operative Eingriffe per pelviskopiam. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 37 (1977), 93–102.
- [10] SEMM, K.: Pelviskopische Chirurgie in der Gynäkologie. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 37 (1977), 909–920.