

Ileus in der Gravidität

Autor(en): **Hiba, J.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **72 (1974)**

Heft 2

PDF erstellt am: **08.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950838>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ileus in der Gravidität

J. HIBA

Ileus ist in der Gravidität selten, die Häufigkeit nach mehreren Autoren liegt um 0,025 Prozent der Geburten.

Es gibt drei Perioden, in denen der Ileus gehäuft in der Gravidität auftritt, nämlich:

4.—5. Monat, wenn die Gebärmutter das kleine Becken verlässt

8.—9. Monat, wenn der vorangehende Kindsteil sich im Becken einstellt

und unmittelbar nach der Entbindung, wenn sich die Gebärmutter relativ rasch verkleinert.

Prozent-Verteilung:

1. Trimester	15,5 Prozent
2. Trimester	21,1 Prozent
3. Trimester	52,9 Prozent
Geburt	2,3 Prozent
Wochenbett	8,2 Prozent

Prinzipielles:

86 Prozent der Ileusfälle sind mechanische Verschlüsse. Wesentliche Ursachen der Unwegsamkeiten sind: Darmverschlüsse, bedingt durch flächenhafte oder bridenförmige Adhäsionen.

Namentlich nach Adhäsionen bei Status nach Appendektomie, Cholecystektomie, Sektionen und Operationen an den Unterleibsorganen sowie nach Eileiterschwangerschaften. Der in der Gravidität ohnehin geringere Darmwandtonus (bzw. geringere Tonus der gesamten, glatten, autonomen Muskulatur) leistet sicher einen guten Vorschub.

Darmverschlüsse von aussen können durch Tumore, Abszesse, Hämatome oder durch eine wachsende fixierte RVF-uteri verursacht werden.

Ein Verschluss von innen kann durch Gallensteine und durch eingedickte Kotmassen erfolgen.

Schenkel-, Leisten- und Narbenhernien geben nur dann Komplikationen, wenn der Bruchinhalt mit dem Bruchsack adhärent ist, und der wachsende Uterus die Därme höher drängt. Anhaftendes Netz gibt meistens ziehende Schmerzen, verursacht aber selten kritische Situationen.

Die Zeichen des mechanischen Ileus

Was sich am Dünndarm in wenigen Stunden einstellt, benötigt bei einem Dickdarmverschluss mehrere Tage. Die Frauen erkranken aus voller Gesundheit mit in Abständen auftretenden Leibschmerzen. Je höher der Ileus sitzt, desto schneller kommt es zum Erbrechen von Magen-, später von Dünndarmsaft.

Andererseits je höher der Verschluss liegt, desto später tritt eine Stuhl- oder Windverhaltung ein. Am Anfang — abgesehen von den *Schmerzattacken* — geht es den Patientinnen meistens ordentlich. Temperatur nicht erhöht, Blutdruck und Pulszahl gehen nach Abklingen der anfänglichen Schockzeichen wieder auf normale Werte zurück. Auch das weisse Blutbild bleibt normal. Allmählich erlahmt die anfängliche Hyperperistaltik und oberhalb des Hindernisses folgen dann Erschlaffung, Ernährungsstörung und Undichtheit der Darmwand im Sinne

einer Durchwanderungsperitonitis und zuletzt bei Nichteintreten der Behandlung die obligate Perforation.

Im Ileus werden die Darmschlingen mit Flüssigkeit gefüllt, und bei gleichzeitig bestehendem Erbrechen stellen sich ein Flüssigkeits- und Kalium- sowie ein Natriumverlust ein. Die Nichtbehandlung ergibt einen septischen Schock, Erbrechen von Kot und den baldigen Tod als Folge einer diffusen Peritonitis.

Bei *Torquierung der Gefässe* ist der Verlauf oft sehr rasch, und der Tod kann bereits nach 24—48 Stunden eintreten.

Echter Schwangerschaftsileus (Gestagenileus)

Grund: Tonlosigkeit des Darmes und meist gleichzeitig des Ureters. Prädisponiert sind Mehrgebärende und Frauen, die zur Obstipation neigen. Die frühere Auffassung, dass der vergrösserte, gravide Uterus den Kotdurchtritt durch das kleine Becken verhindert, ist heute nicht mehr gültig. Die Elastizität des hochschwangeren Uterus beugt dem vor.

Das klinische Bild: Oft geht dem sogenannten echten Schwangerschaftsileus eine Pyelitis voraus. Dies ist verbunden mit obstipation (Stoeckel-Sy). Von der Darmatonie bis zum Schwangerschaftsileus sind die Uebergänge dann fliessend. Das *Kolon* ist aufgetrieben, Stuhl- und Windverhaltung sind vorhanden. Diffuse Druckdolenz des ganzen Abdomens. Später erfolgt die Füllung des Dünndarmes, und das klinische Bild ähnelt nach längerem Verlauf demjenigen des Verschlussileus.

Die Diagnose ist schwer! Die harmlosen leichten Schmerzen, die oft bei Schwangeren ohne Ileus vorhanden sein können, werden meistens fehlgedeutet. Oft wird die Diagnose erst beim Erbrechen von Kot und nach längerem Stuhl- und Windverhalten gestellt.

Faustregeln: Attacken von Bauchschmerzen mit hochgestellten Darmgeräuschen, Erbrechen und Blähung deuten auf einen *mechanischen Ileus*.

Starke Darmblähung, spärliche, oft fehlende Schmerzattacken, wenig Darmgeräusche, Erbrechen, zeigen in der Richtung *«Lähmungssileus»* (Gestagenileus).

Fehldeutungen beim Ileus:

Uebersehen von früheren Lap. und Unterlassung der rektalen Untersuchung.

Das gehäufte Erbrechen wird für Hyperemesis gehalten. Darmstreichungen werden als Wehen missdeutet und die langhaltende Stuhl- und Windverhaltung wird als physiologische Darmträgheit angesehen. Bauchübersichtsaufnahmen werden fälschlicherweise unterlassen.

Diff. Diagnose:

Hyperemesis grav.
Nierenkoliken
Gallensteinanfalle
Akute Pankreatitis
Vorzeitige Wehentätigkeit.
Appendizitis in der Gravidität

Therapie:

Mit der Diagnose des Ileus ist die Indikation zur Operation gestellt. Man soll grundsätzlich laparotomieren.

Man erinnere sich an die Ratschläge der alten Chirurgen; Die Sonne darf nicht auf — oder untergehen über einem diagnosti-

zierten Ileus. Je länger die Ileuspatientin vor der Ileusoperation lebt, desto kürzer die Zeit danach!

Die Durchgängigkeit des Darmes muss wieder hergestellt werden! Gleich welche Massnahmen erforderlich sind. Dickdarmresektionen soll man jedoch auf alle Fälle vermeiden. Anus praeternaturalis ist immer noch das kleinere Uebel, als die Komplikationen einer Dickdarmresektion.

Beim sogenannten Schwangerschaftsileus ist das Kind nur im lebensfähigen Alter durch Sektion zu retten. Beim Bridenileus kann man versuchen, die Schwangerschaft zu retten, die Aussichten sind gering.

Die Ileusmortalität ist erschreckend hoch, nach Sammelstatistiken für Mütter 25—55 Prozent, für Kinder 50—75 Prozent.

Autor:

Dr. med. J. Hiba, Oberarzt, Universitäts-Frauenklinik, 3012 Bern.

Literatur

Kyank-Gülzow: Erkrankungen während der Schwangerschaft: VEB Georg Thime, Leipzig, 1972.

Baronofsky, I. D.: in: A. F. Guttmacher u. J. J. Rovinsky: Complications in pregnancy. Williams Wilkins, Baltimore 1960.

Buchbinder, W., r. G. Franz: Ileus bei Gravidität. Zbl. Gynäk. 80, 1641 (1958).

Essen-Möller: Ileus bei Gravidität und nach Partus. Zbl. Chir. 54, 2247 (1927).

Gitsch, E.: Laparotomie und intrauterine Gravidität. Wien 1 klin. Wschr. 69, 348 (1957).

Halter, G.: Abdominalchirurgie bei Schwangeren. Geburtshilf. u. Frauenkr. 21, 194 (1961).

Abdominalchirurgie in der Schwangerschaft. Arch. Gynäk. 195, 502 (1961).

Nagel, M. u. L. Beck: Das akute Abdomen in der Schwangerschaft. Der Gynäkologe, 4,44 (1971).

Mc Corrison, C.: Nonobstetrical abdominal surgery during pregnancy. Amer J. Obstetr. Gynec. 86, 593 (1963).

Möbius, W.: Extragenitale akute Baucherkkrankungen während der Schwangerschaft und unter der Geburt. Zbl. Gyn. 84, 1509 (1962).

Richter, K.: Die schmerzhaft Fröhschwangerschaft Münch. med. Wschr. 112, 1686, (1970).

Schaefer, W.: Wie sollen sich Chirurg und Gynäkologe bei den durch die Schwangerschaft komplizierten Eingriffe verhalten? Med. Klin. 44, 1050 (1949).

Schlüssling, G.: Zur Differentialdiagnose des acuten Abdomens in der Schwangerschaft. Dtsch. Ges. wesen 21, 312 (1966).

Stucke, K.: u. H. Hosemann: Ileus und Schwangerschaft. Zbl-Gynäk. 69, 670 (1947).

Schweiz. Hebammenverband

Offizielle Adressen

Zentralpräsidentin:

Sr. Thildi Aeberli,
General-Guisan-Strasse 31, 5000 Aarau,
Telefon 064 24 56 21

Zentralsekretärin:

Sr. Margrit Kuhn
Kantonsspital Frauenklinik,
5001 Aarau, Tel. 064 24 48 41

Zentralkassierin:

Frau Cely Frey-Frey, Egg 410,
5728 Gontenschwil, Tel. 064 73 14 44

Fürsorgefonds-Präsidentin:

Frau Margrit Rohrer-Eggler, Thunstr. 23,
3074 Muri b. Bern, Telefon 031 52 20 45
oder 52 02 97.

Zentralvorstand

Eintritte

Sektion Waadt:

Mlle Paulette Corthésy, Lausanne
Mlle Henriette Simonis, Lausanne
Mlle Marianne Szyka, Morges.

Sektion Zürich:

Sr. Susi Kunz, Zürich
Sr. Elisabeth Schenkel, Zürich.

Wir heissen die neuen Mitglieder im SHV recht herzlich willkommen.

Uebertritt

Von Sektion Baselland in Sektion Solothurn:
Frau Winterberger-Jäggi, Olten.

Austritte

Sektion Bern:

Frau Thildy Konrad-Lehmann, Utzensdorf
Frau Rosina Schneider-Flückiger, Bern.

Sektion Schwyz:

Frau Kath. Betschart-Inderbitzin,
Morschach
Frau Agnes Inglin, Brunnen.

Ausschluss

Wegen Nichtbeachtens der Verbandsverpflichtungen:

Frl. Ruth Ebener. Letzter gemeldeter Wohnort: Genf (fruchtlose Mahnung).

Jubilarinnen

Sektion Solothurn:

Frau Frida Adate-Born, Balsthal
Frau Rosa Barrer-Mäder, Wolfwil.

Sektion Luzern:

Frl. Rosa Renggli, Ebikon
Frl. Luise Rösli, Emmenbrücke.
Den Jubilarinnen wünscht der Zentralvorstand weiterhin alles Liebe und Gute.

Todesfälle

Sektion Appenzell:

Frau Bertha Heierle, Gais, im Alter von 93 Jahren.

Sektion Schwyz:

Frau Fridolina Bertschart-Föhn, Muotathal, im Alter von 80 Jahren.

Sektion Waadt:

Mlle Louise Tenthoret, Murret, im Alter von 83 Jahren.
Den Angehörigen versichern wir unsere herzliche Teilnahme.

Für den Zentralvorstand:

Sr. Margrit Kuhn

Sektionsnachrichten

Aargau

Die Generalversammlung findet am 21. Februar 1974, 14.00 Uhr, im Bahnhofbuffet I. Klasse statt.

Chefarzt Dr. Stoll, Frauenklinik, der Nachfolger unseres lieben Dr. Wespi, wird uns einen Vortrag halten. Das Thema: «Das Kind unmittelbar nach der Geburt.»

Ich hoffe, es können viele Kolleginnen an die Versammlung kommen. Bitte denkt an den Glückssack, der Wert eines Päcklis sollte mindestens Fr. 2.— betragen.

Die Kassierin ist ab 13.15 Uhr zur Entgegennahme des Jahresbeitrages bereit.

Annemarie Hartmann