Klinisches Vorgehen bei verschwundenem Intrauterinpessar

Le dispositif intra-utérin «disparu»

A.		Tadjerouni
O.		Flici
G.		Wauters
P.O.		Hubinont

Clinique de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital Universitaire Saint-Pierre, Bruxelles, Belgien

Die Autoren berichten über 5 Frauen, denen ein Intrauterinpessar ein-gesetzt wurde und bei denen aufgrund der klinischen Symptomatik sowie des fehlenden Fadens der Verdacht einer Perforation auftrat. Anhand der 5 Fälle sowie der darüber existierenden Literatur stellen die Autoren ein klinisches bzw. operatives Prozedere vor. An erster Stelle steht die einfachste nichtinvasive Methode, nämlich der Ultraschall, welcher nicht nur den richtigen bzw. falschen Sitz des Pessars, sondern überhaupt die Frage klären kann, ob sich dieses noch im Uteruscavum befindet.

Als ergänzende Abklärung befürworten die Autoren eine Hystero-graphie mit einer anterioren, posterioren sowie mit einer lateralen Aufnahme, wodurch eine genaue Positionsangabe möglich ist, was für eine operative Entfernung nicht unwichtig sein kann. Befindet sich das Pessar noch intra-uterin, bzw. ist es bereits in das Myometrium eingewandert, so empfiehlt die Arbeitsgruppe eine Entfernung mittels Hysteroskop: Damit entgeht man nach Meinung der Autoren der Gefahr, dass es bei einer blinden Manipulation erst recht zu einer Perforation bzw. zu einer unnötigen Blutung kommt.

Ein ähnliches Vorgehen wird auch bei schon perforiertem, jedoch teil-weise noch im Cavum liegendem IUD angeraten. Allerdings soll eine gleichzeitig durchgeführte Laparoskopie eventuelle Verletzungen im klei-nen Becken ausschliessen. Unter laparoskopischer KontroUe soll dann über ein Hysteroskop das noch im Cavum befindliche Pessarteil gefasst und per vaginam entfernt werden. Dadurch bliebe der Patientin eine Laparotomie erspart. Letztere ist allerdings absolut indiziert, wenn es zu einer vollstän-digen Perforation des Intrauterinpessars in den Abdominalraum kommt.

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

223

Abschliessend stellen die Autoren fest, dass die Perforationsgefahr bei jenen Intrauterinpessaren besonders gross ist, die post partum bzw. post abortum (interruptionem) gelegt werden.

Nachdem dies aber anscheinend immer öfter der Fall ist, wird auch diese Komplikation immer häufiger werden.

Für die Praxis bietet sich hier ein klinisches Prozedere an, das ange-sichts der Pillenmüdigkeit und des immer häufigeren Wunsches nach Intrauterinpessaren aktuell werden kann.

Für die Klinik bedeutet dies einen weiteren Grund, die Hysteroskopie in das klinische Management einzubauen.

J. Huber, Wien

Aus: Zentbl. Gynäk. 103: 976–982 (1981); cit. Gynäk. Rdsch. 22: 223–225 (1982)

Eine neue Technik zur Anwendung tiefer Temperaturen im Cavum uteri

H. Dziambor, K. Renziehausen, F. Marzotko, J. Könnecke, H. Krantz

Frauenklinik (Direktor: Prof. F. Wagner) der Medizinischen Akademie Erfurt, DDR

Aus: J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 10: 473–478 (1981); cit. Gynäk. Rdsch. 22: 222–223 (1982)