Konservative Behandlung bei der Tubargravidität: Eine Untersuchung an 200 Fällen

J.G.

Jack G.

Hallatt

Los Angeles, Calif., USA

Berücksichtigt man, dass erste Mitteilungen über die organerhaltende Therapie einer Tubargravidität bereits um 1895 erfolgten, so ist es schwer nachzuvollziehen, dass in den vergangenen Jahrzehnten die operative Therapie der Tubargravidität grundsätzlich in der Entfernung der Tube bestand. Das letzte Jahrzehnt ist gekennzeichnet durch einen grundlegenden Wandel in der Einstellung zur Tubargravidität. Dazu haben bessere diagnostische Möglichkeiten, wie quantitative Beta-HCG-Bestimmung, der hochauflösende Ultraschall und die grosszügige Indikationsstellung zur Laparoskopie beigetragen.

Zwischen 1953 und 1980 wurden am Kaiser Permanent Hospital (Los Angeles) 1152 Patientinnen mit einer Eileiterschwangerschaft beobachtet. In 200 Fällen wurde der betroffene Eileiter ohne chirurgische Komplikationen erhalten. Darauf folgten 122 Schwangerschaften, von denen es sich bei 24 um neuerliche Eileiterschwangerschaften handelte. 12 betrafen den bereits betroffenen Eileiter und 12 den gegenüberliegenden, was konklusiv darauf schliessen lässt, dass für beide Eileiter das Risiko einer Eileiterschwangerschaft gleich gross ist. Eine Erhaltung des betroffenen Eileiters trägt nicht zu einem vermehrten Auftreten von Eileiterschwangerschaften bei, erhöht aber die Möglichkeit einer intrauterinen Schwangerschaft in diesem subfertilen Patientengut. Von den 1152 Patientinnen mit Eileiterschwangerschaften waren 20% vor der Tubargravidität infertil.

Weiter verglichen die Autoren die Befunde ersterer 1152 Fälle mit 226 Fällen aus den Jahren 1980–1983. Dabei hatte sich die Anzahl der Geburten nach Eileiterschwangerschaften verdoppelt bzw. traten Tubargraviditäten häufiger bei jüngeren Patientinnen auf. 12% aller Eileiterschwangerschaften werden heute mit der Verwendung von Spiralen in Zusammen-

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln
169

hang gebracht. Diese Zahl soll in Korrelation mit der Anzahl der Frauen stehen, die ein IUD als Kontrazeptivum verwenden.

Für die Klinik und Praxis: Die Literatur weltweit bestätigt obige Ergebnisse. Schenker [1983] diskutiert 24 Publikationen mit der Schlussfolgerung, dass eine Tubaerhaltung die Anzahl zukünftiger Schwangerschaften erhöht und dass das Risiko neuerlicher

Eileiterschwangerschaften in der involvierten Tube gegenüber der kontralateralen Tube nicht erhöht wird. Die frühe unruptierte Eileiterschwangerschaft ohne Hämatoperitoneum kann nur durch Laparoskopie oder Laparotomie diagnostiziert werden. Diese Patientinnen sind ideale Kandidatinnen für eine konservative Tubenbehandlung, da die Tubenanatomie nicht durch Blutung und Ruptur zu sehr verzerrt ist. Von besonderer Wichtigkeit beim erneuten Eintreten

einer Gravidität ist, dass diese Patientinnen äusserst sorgfältig hinsichtlich des Ausschlusses einer Rezidivextrauterin gravidität betreut werden.

H. Enzelsberger, Wien

Aus: Am. J. Obstet. Gynec. 154: 1280–1284 (1986); cit. Gynäk. Rdsch. 27: 169–170 (1987)

Ursprung und Ausbreitung des Brustkrebses beim Menschen

On the Origin and Progression of Human Breast Cancer

Hanne M. Jensen

Department of Pathology, School of Medicine, University of California, Davis, Calif, USA

Zur Früherkennung des Mammakarzinoms gibt es derzeit noch keine befriedigenden Such- bzw. Screeningmethoden. In der vorliegenden Arbeit wurde daher der Versuch unternommen

präkanzeröse Veränderungen

die für das Mammakarzinom auf der funktionell-histologischen Ebene typisch sind zu klassifizieren.

In dieser patho-histologischen Arbeit wurden 52 Präparate

die entweder von einer Mastektomie oder von der kontralateralen Seite nach voran-