Das Steißteratom – Praepartale Diagnose, Schwangerschaftsverlauf und Geburtsmodus

F.		Kainer ^a
R.		Winter ^a
H.M.H.		Hofmann ^a
E.F.		Karpf ^b

^aGeburtsh.-gynäkol. Universitäts-Klinik Graz (Vorstand: Prof. Dr. E. Burghardt)

^bPatholog.-anat. Institut Universität Graz

Dr. F. Kainer, Geburtshilf.-Gynäkol. Universitätsklinik, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Das Steißteratom zählt zu den häufigsten Tumoren des Neugeborenen. Die Teratome können einerseits zu schweren intrauterinen Wachstumsstörungen des Feten führen, andererseits können nicht diagnostizierte Teratome unter der Geburt schwere Komplikationen hervorrufen. Die rechtzeitige praepartale Diagnose ist die Voraussetzung für einen komplikationsarmen Schwangerschaftsverlauf und eine optimale Geburtsleitung für Mutter und Kind.

Teratome sind Tumoren, die sich aus Zellen zweier oder aller dreier Keimblätter zusammensetzen und von pluripotenten Zellen abstammen. Sie kommen bei Mädchen häufiger vor (w:m = 3:1) und sind nach einer Operation in den ersten Lebenstagen praktisch immer gutartig.

Die übliche Einteilung der Teratome ist abhängig von der Lokalisation des Tumors. Aufgrund der Größe und Lage des Tumors ist zumindest die Verdachtsdiagnose auch im Routine-Ultraschall-Screening möglich.

Neben einkammrig cystischen Teratomen finden sich meistens cystisch solide Strukturen.

Freie Vorträge
233

Als häufigste Differentialdiagnose gilt es, die sacrale Meningomyelocele auszuschließen. Dabei ist die Beurteilung der Wirbelsäule entscheidend, da bei cystischen Teratomen keine Rachischisis vorhanden ist. In Zweifelsfällen kann die Punktion des Tumors hilfreich sein, da im zytologischen Punktat die für das Teratom typischen Zellen gefunden werden können. Die Bestimmung des Alpha-Fetoproteins und der ACHE im Fruchtwasser erlaubt keine sichere Abgrenzung gegenüber der Myelomeningozele, da beide Parameter auch beim Teratom erhöht sein können.

Hinsichtlich der Prognoseerstellung für das intrauterine Wachstum sowie den Geburtsverlauf spielt die sonomorphologische Einteilung in cystische und solide Tumoren eine entscheidende Rolle. Solide Steißteratome sind stets sehr gut vaskularisiert. Neben der Größe bedingt diese starke Vaskularisation pathophysiologisch eine starke Auswirkung auf den kindlichen Kreislauf. Bereits in der Fetalperiode muß das kindliche Herz einen Tumor versorgen, der ebenso groß werden kann wie der eigene Körper.

Als Zeichen der kindlichen cardialen Dekompensation kommt es zum Hydrops fetalis bis zum intrauterinen Fruchttod, weiters kommt es bei großen soliden Tumoren durch die nutritive Mangelversorgung zur Wachstumsretardierung.

Auch der Geburtsmodus ist neben der Größe des Tumors von der Sonomorphologie abhängig, da große cystische Tumoren nach vorheriger Abpunktion durchaus vaginal entbunden werden können.

Anhand von vier eigenen Fällen aus dem Jahre 1986 wird kurz auf den Schwangerschaftsverlauf und Geburtsmodus eingegangen.

Zwei Fälle mit größtenteils solidem Anteil verliefen infaust. Einmal kam es zum intrauterinen Fruchttod in der 26. Schwangerschaftswoche. Beim zweiten Fall mit einem größtenteils soliden Tumor kam es in der 32. Schwangerschaftswoche zum vorzeitigen Blasensprung. Aufgrund der hochgradigen Retardierung und der ausgeprägten Hydronephrose bei einem Steißteratom vom Typ II–III wurde die vaginale Entbindung durchgeführt. Es kam zur Ruptur des Teratoms mit schwerer Blutung. Das Kind verstarb einige Stunden post partum.

In zwei Fällen mit größtenteils zystischem Anteil zeigte sich keine Beeinträchtigung des intrauterinen Wachstums. Sie wurden vaginal entbunden, einmal nach Abpunktion eines 15 cm großen Tumors. Beide Kinder wurden erfolgreich operiert.

Es ist sicher möglich, eine exakte praepartale Diagnose zu stellen. Die Prognoseerstellung muß individuell in Zusammenarbeit zwischen Geburtshelfern, Kinderchirurgen und Eltern erfolgen.

Literatur

Feige, A., Gille, J. V., Maillot, K., MolzD.: Praenatale Diagnostik eines Steißbeinteratoms mit Hypertrophie der Placenta, Geburtshilfe Frauenheilk., 42: 20–24 (1982)

Holzgreve, W., Mahony, B. S., Glick, P. L., Filly, R. A., Harrison, M. R. et al.: Sonographic demonstration of fetal sacrococcygeal teratoma. Prenat. Diagnosis, 5, 245–257 (1985)

Goldhofer

W.

Merz

E.

Bauer

H,

Koltai

I. L.: Praenatale sonographische Diagnose eines zystischen Steißbeinteratoms mit retroperitonealer Ausbreitung. Geburtsh. Frauenheilk. 46: 121–123 (1986)