Interstitielle Schwangerschaft: Ultraschall vor der Ruptur

K.		Tamussino
H.M.H.		Hofmann
W.D.		Schneeweiss

Geburtsh.-gynäkol. Univers.-Klinik Graz (Vorstand: Prof. Dr. E. Burghardt)

Dr. K. Tamussino, Geburtsh.-gynäkol. Universitätsklinik, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Die interstitielle (intramurale) Schwangerschaft ist eine seltene ektope Implantation im intramuralen Abschnitt der Tube. Ein Risikofaktor ist eine vorangegangene homolaterale Salpingectomie. Ohne Behandlung führen diese Schwangerschaften zur Ruptur im 1. Trime-non. Da dies die Gegend der Anastomose zwischen A. ovarica und A. uterina ist, kann bei einer Ruptur die Blutung so massiv sein, daß die Hysterektomie fast unumgänglich wird. Ein Fallbeispiel illustriert die frühzeitige Diagnose mit Hilfe des Ultraschalls und die uterus-erhaltende operative Therapie.

Fallbeispiel

Eine 28jährige 2. gravida, Nullipara kam in der 8. SSW zur Routineuntersuchung in die Ambulanz. Acht Monate vorher wurde die linke Tube wegen einer Tubargravidität entfernt. Die transabdominale und vaginale Sonographie zeigten ein leeres Cavum uteri mit einem dreizipfeligem Pseudogestationssack und im linken Tubenwinkel ein 2,3 cm Gestationssack mit einem Fet (SSL, 1,4 cm). Fetale Herzaktionen waren vorhanden. Die Patientin wurde aufgenommen. Vier Tage später war im Ultraschall klar, daß die Schwangerschaft von Myometrium umgeben war und keine Tendenz zeigte sich in Richtung Cavum zu entwickeln. Herzaktionen und echoarme Degenerationsherde im Chorion waren darstellbar. Die Laparotomie zeigte einen 4 cm großen Tumor am linken Tubenabgang. Die Schwangerschaft wurde keilförmig aus dem Myometrium exzidiert und das Myometrium vernäht.

Freie Vorträge (Gynäkologie)

221

Diskussion

Zwischen 0,7% und 2,5% aller ektopen Schwangerschaften sind interstitiell [1]. Risikofaktoren sind wie bei anderen ektopen Schwangerschaften vorangegangene Adnexitiden und Operationen am inneren Genitale, und im besonderen die homolaterale Salpingectomie. Daraus wird die Wichtigkeit einer ausreichenden Keilresektion im Rahmen einer Tubenentfernung ersichtlich. Die klinische Differentialdiagnose ist schwierig. Sie umfaßt intrauterine oder ektope Schwangerschaft, torquierte Ovarialcyste und Appendicitis. Früher wurden die interstitiellen Schwangerschaften bei der Laparotomie nach der Ruptur entdeckt.

Die Sonographie kann ein wertvolles Hilfsmittel bei der Diagnose sein. Bei einem Gestationssack in einem Tubenwinkel sollte man an eine interstitielle oder kornuale Lokalisation einer EUG denken [2]. Wie in unserem Fall macht die Vaginalsonographie es leichter, eine frühe intakte EUG darzustellen.

Die frühzeitige Diagnose erlaubt eine Uteruserhaltende Operation, was nach der Ruptur kaum möglich ist. Die kornuale Keilresektion mit Entfernung des gesamten choria-len Gewebes ist die Therapie der Wahl.

Literatur

Pritchard, J. A., McDonald P. C, Gant N. F. (eds.): Ectopic pregnancy. In Williams obstetrics. 17th ed. Norwalk: Appleton-Century-Crofts 426 (1985)

Auslender, R., Arodi, J., Pascal, B., Abramovici, H.: Interstitial pregnancy early diagnosis by ultrasonography. Am. J. Obstet. Gynecol. 146: 717–718 (1983)

Gynäk. Rdsch. 28: suppl. 2, pp. 221–224 (1988)

Abortinduktion bei gestörter Schwangerschaft im I. und II. Trimenon durch lokale und systemische Gabe von Sulproston

M. Tabarelli, K. Heím, P. Mayr, Elisabeth Karpellus

Universitäts-Frauenklinik Innsbruck (Vorstand: Univ.-Prof. Dr. O. Dapunt)

Eine Indikation zur medikamentösen Abortinduktion ergibt sich entweder aus dem eindeutigen sonographischen Nachweis einer abgestorbenen Gravidität und/oder einem unreifen

Cervixbefund bei Abortus incompletus. Eine medikamentöse Vorbehandlung hat zum Ziel iatrogene Cervixverletzungen zu vermindern

auch im Sinne einer Prophylaxe einer Cervixinsuffizienz in einer Folgeschwangerschaft das Perforationsrisiko bei Cervixdi-