Sonographische Diagnose bei Partialmole mit erhöhtem HCG beim Triploidie-Syndrom

F.		Kainer
J.		Wessel
E.		Struck
E.		Jiminez ^a

Universitätsklinikum Berlin-Charlottenburg (Ärztl. Leiter: Prof. W. Lichtenegger)

^aPaidopathologie RVK-Charlottenburg (Vorstand: Prof. M. Vogel)

Dr. F. Kainer, Universitätsklinikum, Pulsstraße 4-14, D-1000 Berlin 19

Die Diagnose von chromosomalen Aberrationen bei Frauen, bei denen nicht routine-mäßig aus Altersgründen eine genetische Abklärung durchgeführt wird, gelingt durch sonographische Hinweiszeichen des Feten und der Placenta. Neben sonographischen Auffälligkeiten können auch mütterliche Laborparameter (Alpha-Fetoprotein, ACHE, β -HCG, Östriol, SP-1) eine genetische Abklärung veranlassen. Geschildert wird ein Fallbericht bei fetaler Triploidie mit erhöhten β -HCG Werten im II. Trimenon.

Fallbericht

Eine 30jährige I. Gravida wird in der rechnerisch 14. SSW wegen Blutungen stationär aufgenommen.

Es findet sich folgender sonographischer Befund:

Ein Fet mit einer SSL von 5,3 cm entsprechend einer 12. SSW. Die Fruchtwassermenge ist vermindert, bei nur mäßigen kindlichen Bewegungen und unauffälliger Herzaktion. Die genauere sonographische Kontrolle zeigt einen Hydrops universalis (NIHF), welcher vor allem vaginalsonographisch gut zur Darstellung kommt. Die Placenta ist für die Schwangerschaftswoche auffällig groß und hat einen mittleren Durchmesser von 4 cm. Im rechten Adnexitasbereich findet sich eine etwa 7 cm große Corpusluteincyste. Aufgrund des NIHF wird eine genetische Amniocentese durchgeführt. Der genetische Befund nach einer Woche ergab eine Triploidie. Der Serumspiegel des Human-Choriongonadotropins (HCG) war der Aufnahme mit 324.624 mIU/ml stark erhöht. Es kam zu einem weiteren Ansteigen des HCG-Wertes bis auf 419.478 mIU/ml. Die übrigen Laborparameter waren im Normbereich. Am 4. Tag nach der Amniocentese konnte keine fetale Herzaktivität mehr nachgewiesen werden, sodaß die Einleitung mit Nalador durchgeführt wurde. Nach dem Abortgeschehen kam es zum Abfall der HCG-Werte entsprechend der Halbwertszeit.

Eine pathologisch-anatomische Abklärung des Feten war nicht möglich. Der histologische Befund der Placenta ergab eine Partialmole ohne Zottenblasen. An der Oberfläche der plumpen Zotten finden sich verstärkte Wucherungen von exophytem Synzytium und endovillösen Invaginatoren, die für die Erhöhung der HCG-Titer verantwortlich sein dürften.

Diskussion

Auch bei der partiellen Blasenmole kommt es gelegentlich zum Auftreten stark erhöhter HCG-Serumspiegel, wie sie bei der kompletten Blasenmole zu finden sind [1]. Aufgrund morphologischer und zytogenetischer Kriterien müssen die verschiedenen Formen

Poster

461

voneinander getrennt werden. Komplette Blasenmolen sind immer diploid, wobei beide Chromosomensätze väterlicher Herkunft sind. Partielle Blasenmolen sind dagegen zu 70% triploid. Morphologisch sind bei den partiellen Blasenmolen nur einzelne Zotten ödematös verändert, der Trophoplast ist eher hypoplastisch, mit nur geringförmiger herdförmiger Hyperplasie. Eine Invasion ist bei der partiellen Blasenmole, im Gegensatz zur Partialmole möglich. Ein Übergang in ein Chorionkarziom ist bei beiden Formen bislang nicht beschrieben. Eine möglichst frühzeitige Diagnose beim Triploidiesyndrom ist wünschenswert, da es zum Auftreten von schweren Verlaufsformen der Gestose bereits im II. Trimenon kommen kann [2].

Literatur

Arnholdt, H., Elser, H., Dormer, P.: Die partielle Blasenmole mit stark erhöhtem Serum-HCG-Spiegel beim Triploidiesyndrom. Geburtsh. u. Frauenheilk. 44: 328–332 (1984).

Bender, G., Bremen, Th., Ostertag-Körner, D. et al: Früh einsetzende schwere Gestose (Präeklampsie) bei fetaler Triploidie-Diagnostik und geburtshilfliches Management. Geburtsh. u. Frauenheilk. 49: 189–191 (1989).

Gynäk. Rdsch. 29: suppl. 2, pp. 461–463 (1989)

Frühdiagnose der Tubargravidität mit der Vaginosonographie

Brigitte Schurz, W. Eppel, R. Wenzl, W. Knogler, E. Reinold I. Universitäts-Frauenklinik (Vorstand: Prof. Dr. E. Gitsch)

Einleitung

Die Inzidenz der Extrauteringraviddität (EUG) liegt zwischen 0,5 und 1,5%. Man nimmt an daß einerseits die frühzeitige Diagnostik durch die Vaginosonographie und durch die sensiblen Schwangerschaftsteste

andererseits gehäuft auftretende Adnexitiden und operative Eingriffe an den Tuben für das erhöhte Vorkommen der EUG verantwortlich sind. Seit der Einführung der Vaginosonographie gelingt es

intrauterin einen Gestationssack im Durchschnitt am 34. Tag post menstruationem ab einer Größe von 2 mm Durchmesser

ab einem β -HCG-Titer im Plasma von 0,500 bis 1,000 i.E./ml darzustellen. Die große Streubreite der β -HCG-Werte im Plasma bei Frühschwangerschaft und EUG kann nicht allein als Hilfsmittel zur Erkennung einer frühen EUG herangezogen werden. Meist findet