Vaginosonographie zur Diagnose der interstitiellen Schwangerschaft

W.		Hönigl
P.		Lang
J.		Auner

Geburtsh.-gynäkol. Univers.-Klinik Graz (Vorst.: Prof. Dr. R. Winter)

Dr. W. Hönigl, Geburtsh.-gynäkol. Univers.-Klinik, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Die interstitielle Schwangerschaft ist durch eine ektope Implantation im intramuralen, 1-2 cm langen Teil des Eileiters definiert. Sie ist mit 2-4 % aller ektopen Graviditäten und einer Inzidenz von 1/2500 bis 1/5000 Lebendgeburten ein seltenes Ereignis und kann auch nach ipsilateraler Salpingektomie vorkommen. Aufgrund des umgebenden Myometriummantels tritt die Ruptur mit massiver intraabdominaler Blutung häufig erst nach 10-14 Schwangerschaftswochen auf und damit meist später als nach isthmischer Implantation. Sie kann in diesen fortgeschrittenen und oft lebensbedrohlichen Fällen die Hysterektomie erforderlich machen. Eine fortgeschrittene interstitielle Gravidität mit fallweisem Überleben des Feten ist eine extreme Seltenheit.

Frühsymptome vor der Ruptur können völlig fehlen. Manche Patientinnen geben uncharakteristische Schmerzen im Unterleib an. Eine vaginale Blutung tritt in 25 % der Fälle auf. Bei der gynäkologischen Untersuchung kann eine umschriebene Schmerzhaftigkeit im seitlichen Fundusbereich mit einer palpablen weichen umschriebenen Ausladung des Uterus gefunden werden. Hierbei ist differentialdiagnostisch an das Piskacek'sche Schwangerschaftszeichen zu denken oder an ein Myom, das jedoch eine eher derbe Konsistenz aufweist. Terminologisch und differentialdiagnostisch abzugrenzen ist eine anguläre Schwangerschaft, die im Cavum uteri im Bereich des Tubenwinkels implantiert ist und sich ins Uteruscavum entwickelt und die isthmische Eileiterschwangerschaft.

Die frühe Verdachtsdiagnose einer interstitiellen Schwangerschaft im symptomlosen Stadium basiert auf der sonographischen Darstellung des Gestationssacks ekzentrisch im Funduseck deutlich getrennt vom Endometriumreflex. Eine sehr lateral gelegene Fruchthöhle, die von einem inkompletten Myometriumsaum umgeben ist und ein davon getrennt darstellbares Uteruscavum sind pathognomonische Ultraschallkriterien. Die sonographische Abgrenzung der interstitiellen Schwangerschaft zur isthmischen Eileiterschwangerschaft kann manchmal schwierig sein.

Als Ursachen einer interstitiellen Implantation sind eine partielle Atresie des intramuralen Tubenabschnittes, die zum Beispiel durch Zelldetritus oder anliegende okkludierende Myome hervorgerufen sein kann, eine ciliäre Destruktion bei IUD-Trägerinnen oder im Gefolge einer Salpingitis sowie Divertikel und Endometrioseherde im intramuralen Eileiter und funktionelle Störungen des Eitransportes zu nennen.

Neben der angulären und isthmischen Schwangerschaft kann auch bei Vorliegen einer Uterusfehlbildung (Uterus duplex, Uterus bicornis, Uterus unicornis, Uterus septus) eine (intrauterine) cornuale

Schwangerschaft ein ähnliches klinisches Bild hervorrufen. Selten sind Schwangerschaften in einem rudimentären Nebenhorn und die intramurale Schwangerschaft, die getrennt vom Cavum uteri und den Tuben im Myometrium implantiert ist. Die intramurale Schwangerschaft ist im Vergleich zur interstitiellen Schwangerschaft ein ex-trem seltenes Ereignis und kommt meist nach vorangegangenen, möglicherweise traumatischen uterinen Eingriffen vor. Der intramurale Gestationssack ist von Serosa, Bindegewebe und verdünntem Myometrium umgeben. Da bei der interstitiellen Schwangerschaft auch eine myometrane Invasion des Trophoblasten erfolgt, ist es bei einer fortgeschrittenen Schwangerschaft im Bereich des seitlichen Uterusfundus unter Umständen nicht mehr möglich, retrospektiv eine interstitielle von einer intramuralen Implantation zu trennen.

Die Bestätigung der Verdachtsdiagnose erfolgt mittels Laparoskopie. Anhand der Beziehung von Tubenabgang, Ligamentum rotundum und Ligamentum ovarii proprium zur uterinen Auftreibung kann die anguläre Gravidität von der interstitiellen Gravidität abgegrenzt werden. Die interstitielle Schwangerschaft sitzt breitbasig dem Funduseck auf, der Abgang des Ligamentum rotundum und ovarii proprium ist durch die Schwangerschaftaufreibung und den umgebenden, meist dünnen Myometriummantel verdeckt. Die anguläre Gravidität ist medial des Abgangs der Adnexe entwickelt. Bei der Endosalpingeosis isthmica nodosa ist die uterusnahe Tubenverdickung meist beidseitig anzutreffen. Während der Uterus bicornis (mit oder ohne einseitiger cornuärer Schwangerschaft) ein typisches pelviskopisches Bild zeigt, ist zur Diagnose eines Uterus septus zusätzlich der Ultraschall oder die Hysterosalpingographie erforderlich. Die Bestätigung der Verdachtsdiagnose mittels Laparoskopie ermöglicht bei der interstitiellen Schwangerschaft eine rechtzeitige und uteruserhaltende Behandlung, die meist aus einer cornualen Keilresektion und Entfernung des Schwangerschaftsproduktes besteht. Aufgrund der myometranen Schwachstelle im Fundusbereich ist eine nachfolgende Schwangerschaft wegen der Gefahr einer Uterusruptur intensiv zu überwachen und die primäre Schnittentbindung indiziert.

Anhand von zwei Patientinnen im ersten Trimenon mit stehender interstitieller Schwangerschaft wird das sonomorphologische Bild demonstriert. Diese Fälle zeigen, wie wichtig die routinemäßige Lokalisation des Gestationssackes auch innerhalb des Uterus mittels Vaginosonographie ist, um im Fall einer interstitiellen Gravidität im symptomlosen Stadium eine weitere laparoskopische Diagnosesicherung und organerhaltende Therapie durchführen zu können.

Literatur

Rosenzweig BA, Rotmensch S, Ressetar A: Term interstitial pregnancy resulting in a live infant. *Obstet Gynecol* 1988; 72: 491-3.

Beckmann CRB, Tomasi AM, Thomason JL: Combined interstitial and intrauterine pregnancy: Cornual resection in early pregnancy and cesarean delivery at term. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149:83-85.

Auslender R, Arodi J, Pascal B, Abramovici H: Interstitial pregnancy: Early diagnosis by ultrasonography. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146: 717-718.

Confino E, Gleicher N: Conservative surgical management of interstitial pregnancy. *Fertil Steril* 1989; 52: 600-603.

Jansen RPS: Management of interstitial pregnancy. *Fertil Steril* 1990; 54: 542-543.

Pavic N, Neuenschwander E, Wild Ch: Interstitial pregnancy following bilateral salpingectomy and in vitro fertilization-embryo transfer. *Fertil Steril* 1986; 46: 701-702.

Smith HJ, Hanken H, Brundeleit PJ: Ultrasound diagnosis of interstitial pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1981; 60: 413-416.

Jansen RPS, Elliot PM: Angular intrauterine pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981; 58: 167-175.

Krone S, Wisser J, Nerlich A, Weisenbacher ER: Interstitielle und intramurale Gravidität - Begriffsbestimmung und sonographische Hinweiszeichen. *Geburtsh u Frauenheilk* 1989; 49: 195-197.

Fait G, Goyer G, Sundareson A, Pickens A: Intramural pregnancy with fetal survival: Case history and discussion of etiologic factors. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 472-474.