Schwangerschaftskomplikationen

F.P.H.A.		Vandenbussche
K.N.		Gaarenstroom
H.H.H.		Kanhai

Die Ruptur des schwangeren Uterus Ruptuur van de zwangere uterus

Anhand von 4 Fällen illustrieren die Geburtshelfer der Universitätsfrauenklinik Leiden die auch heute noch mit hoher maternaler und kindlicher Sterblichkeit einhergehende Uterusruptur in der Schwangerschaft und unter der Geburt. In der ausführlichen Literaturübersicht wird die mittlere mütterliche Mortalität mit 5% und die perinatale Mortalität mit 50% angegeben. Für die Niederlande wird eine Inzidenz von 2-3 Uterusrupturen auf 10 000 Geburten geschätzt.

Nach der Ätiologie unterscheidet man zwischen spontanen Rupturen, traumatischen Rupturen und Narbenrupturen. Während spontane Rupturen in Entwicklungsländern nach wie vor häufig sind, sind es in Europa und Nordamerika traumatische Rupturen, meist durch Autounfälle, und vor allem Rupturen alter Sectionnarben, die zu diesem dramatischen Zustandsbild führen können.

Patientin A

34 Jahre, lip Vg, Zustand nach 2maliger Sectio: 1988 Sectio bei BEL in der 36. SSW, dabei Uterus bicornis festgestellt; 1990 Sectio bei BEL und vorzeitigen Blasensprung in der 34. SSW; bei fetalem Distress, wegen Schwierigkeiten bei Entwicklung des Kopfes Verlängerung der queren Uterotomie nach rechts kranial; Geburtsgewicht 2080 g, pH 6,94, Kind nach 12 h verstorben.

In dieser Schwangerschaft stationäre Aufnahme in der 26. SSW wegen schmerzloser vaginaler Blutung. Sonografisch ohne Befund. Erneute Aufnahme in der 31. SSW wegen Bauchschmerzen und vaginaler Blutung. Nach 12 h nahmen die Schmerzen zu, p.m. lateral und kranial des McBurney-Punkts. Kardiotokographie (CTG) normal, Wehen alle 4 min, Muttermund (MM) 3 cm, Indikation zur Resectio. Bild bei der Sectio: Koagel in der freien Bauchhöhle, Ruptur des Uterus, die in der Höhe der Insertion des Ligamentum rotundum beginnt und sich über 7 cm nach kaudal erstreckt. Durch die Ruptur prolabierte Plazentagewebe, weiters ein mandarinengrosses Hämatom im rechten Parametrium. Knabe 1780 g, pH 7,06. Ruptur vernäht, Hämatom «in Ruhe gelassen».

Blutverlust auf 2400 ml geschätzt, Patientin erhielt 3 BK. Kind hatte Transposition der grossen Gefässe, entwickelte Hydrocephalus internus und verstarb nach 36 Tagen.

Patientin B

32 Jahre, Up IV g, seit 1974 juveniler Diabetes bekannt, 1979 Nierentransplantation, 1982 Sectio in der 35. SSW bei BEL, J-förmige Inzision wegen der Transplantatniere rechts im kleinen Becken.

1987 Vaginalgeburt mit Forceps. In dieser Gravidität in der 30. SSW aufgenommen, wegen schlecht eingestelltem Diabetes, zunehmender Hypertonie und beginnendem Hydramnion. In der 34. SSW Blasensprung und Einsetzen von Wehen. Im CTG schwere variable Dezelerationen, MM 2 cm, MBU gelang nicht. Wegen fetalem Distress Resectio. Reichlich Blut in der

Bauchhöhle, Kind lag teilweise frei im Bauch. Uterus entlang der alten Sectionarbe rupturiert. Mädchen, 2880 g, kein pH, erholte sich rasch, Uterusruptur übernäht, unauffälliger postoperativer Verlauf.

Patientin C

25 Jahre, IIP Vg nach Autounfall (fuhr in der 40. SSW auf einen stehenden Lastwagen, trug dabei 3-Punkt-Sicherheitsgurt). Vom Augenblick des Aufpralls an starke Bauchschmerzen, bei Aufnahme im Krankenhaus fetale Bradykardie von 50 s/min. Akute Sectio, Kind und Plazenta lagen in der freien Bauchhöhle, man sah eine longitudinale Uterusruptur über die gesamte Vorderwand.

Kind (3605 g) war bereits verstorben, Uterusruptur übernäht, unauffälliger postoperativer Verlauf.

Blutverlust etwa 3000 ml, 6 BK.

Patientin D

26 Jahre, IIIp IV g, eine Spontangeburt, zweimal Sectio, beide Male wegen vorliegender Nabelschnur. Drei gesunde Kinder.

Auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin Versuch der vaginalen Geburt (proefba-ring): Bei 42 Wochen und 6 Tagen wurde Prostaglandin verabreicht.

Nach 7 h und guten Wehen, MM 8 cm, Schädel auf I-Linie. Bei dieser Untersuchung Abgang einer grösseren Menge (80 ml) Blut. Fünf Minuten später, bei vollständigem MM, gab die Patientin Pressdrang an, es zeigte sich eine über 4 min dauernde fetale Bradykardie.

Vakuumgeburt, Mädchen 4100 g, pH 7,08. Patientin kollabierte nach der Geburt, RR 80/50, Plazenta nach 5 min spontan, Epi genäht. Eineinhalb Stunden nach der Geburt erneuter RR-Abfall, Bauch schmerzhaft, Urin klar. Hämoglobinabfall von 8,7 auf 5,3.

Im Ultraschall rechts kranial des Uterus eine 8 cm grosse Struktur, die als Hämatom angesprochen wurde. Indikation zur Laparotomie: viel Blut in der Bauchhöhle, zwischen der Mitte und dem linken Rand der alten Sectionarbe zeigte sich ein 6×5 cm grosser Defekt mit ausgefransten Rändern, der stark blutete.

Da sich der Defekt nicht schliessen Hess, wurde eine Hysterektomie durchgeführt, Blutverlust etwa 3000 ml, 7 BK.

Drei der beschriebenen Rupturen entstanden in einer alten Sectionarbe. Die Autoren weisen mit Nachdruck darauf hin, dass sie mit ihrer Arbeit kein «Schreckbild» schaffen wollen, das zum alten Diktum «once a cesarean, always a cesarean» zurückführen soll. Sie weisen darauf hin, dass verschiedene Studien anzeigten, dass die Morbidität und Mortalität bei vaginalem Gebärversuch nach Sectio niedriger ist als bei sofortiger Resectio. Entscheidend ist die Schnittführung bei der ersten Sectio: korporale Inzisionen, zu denen auch Verlängerungen von isthmischen Inzisionen gehören, führen in 4-10% der Fälle zu späteren Uterusrupturen. Wie der Fall von Patientin B zeigt, ist auch eine unauffällige Vaginalgeburt nach der Sectio keine Garantie dafür, dass eine weitere Vaginalgeburt ohne Ruptur abläuft. Die Geburtseinleitung mit Prostaglandinen nach vorausgegangener Sectio wie bei Patientin D halten die Autoren für «nicht unbedenklich».

Christoph Brezinka, Innsbruck