Das Problem der laparoskopischen Behandlung der frühen Extrauterin gravidität

J.		Endl
M.		Lange

Gynäkol. geburtsh. Abt. Wilhelminenspital, Wien (Vorst.: Univ.-Prof. Dr. H. Salzer)

OA Dr. J. Endl, Wilhelminenspital der Stadt Wien, Gynäkol. geburtsh. Abt., Montleartstraße 37, A-1160 Wien

Die Inzidenz der Extrauterin gravidität (EUG) wird auf 2 % der Geburten in der jüngsten Literatur angegeben [1]. Wir haben das Patientengut 1993 und Jänner-April/ 94 gesichtet und fanden 1993 2.2% und 1994 3% EUG graviditäten. In 53 Fällen wurde der Verdacht auf EUG gestellt – 45mal wurde eine EUG auch histologisch gesichert (44 Tubar + 1 Ovarial gravidität). Semm [2] gibt in seinem Kollektiv 1991 die Tubarruptur in 8% an. Wir mußten 1993 in 30 % und im Zeitraum Jänner bis April 1994 in 13% eine histologisch gesicherte Tubarruptur behandeln, wobei sich 6 von 9 Patientinnen in einem hämodynamischen Schock bei der Erstbegutachtung befanden. Der Anteil der Ausländerinnen war mit 45 % hoch.

Die zeitliche Zuordnung zur Schwangerschaftswoche konnte in einem Drittel nicht eruiert werden; 70 % der Patientinnen wurden bis zur vollendeten 7. SSW, 20 % in der 8. SSW und 10 % später behandelt. Lag ein Beta-HCG-Ausgangswert vor, so war dieser in 57 % unter 2000 IU/l und in 43 % darüber gemessen worden. In drei Fällen land sich bei klinischem Verdacht auf EUG eine stehende Tubaria mit positiver Herzaktion.

Unser therapeutisches Vorgehen ist belastet durch die hohe Anzahl an Tubarrupturen: Bei 6 schockierten Patientinnen 1993 – mußten wir primär laparotomieren und stets prä- und intraoperativ Erythrozytenkonzentrate geben. 1994 mußten wir nur mehr einmal (7 %) primär laparotomieren. Wenn nicht primär laparotomiert wurde, konnte in 29 von 38 Fällen (76,3 %) laparoskopisch therapiert werden. 9 sekundäre Pfannenstiellaparotomien wurden vorwiegend im Nachtdienst von laparoskopisch noch weniger geübten Kollegen gewählt.

Im Berichtszeitraum waren wir mit 6 Problemfällen konfrontiert: 3 „Versager“ der Diagnose der Erstlaparoskopie im eigenen Kollektiv und 3 Versager der Diagnose und Therapie, die auswärts anbehandelt waren.

Im eigenen Kollektiv beobachteten wir folgende Problemfälle: Im 1. Fall wurde bei der Erstlaparoskopie bei Beta-HCG 3070 IU/l die Tubaria optisch nicht erkannt. Da Kinderwunsch bestand, wurde auf eine Curettage verzichtet. Verdreifachende Beta-HCG-Werte ließen auf eine intakte Gravidität hoffen – die negative Sonographie führte zur Relaparoskopie und zur laparoskopischen Sanierung durch Salpingostomie. Im 2. Fall wurde in der 7. SSW bei einem Beta-HCG von 294 IU/l bei der Erstlaparoskopie aufgrund eines apfelgroßen Ovarialtumors und einer Hämatosalpinx rechts eine Adnektomie durchgeführt. Beta-HCG Kontrollen zeigten einen deutlichen Anstieg und der histologische Befund lautete Endome-

n = 53

Diagnostische und therapeutische Interventionen bei Verdacht auf Extrauterin gravidität

n = 45

Therapeutische Interventionen bei histologisch verifizierter Extrauterin gravidität
1993

gesamt

1-4/1994

6 (20%)

18 (60%)

6 (20%)

1 (7%)

11 (73%)

3 (20%)

7 (16%)

29 (64%)

9 (20%)

primäre Pfanne therap. Laparoskopie sekundäre Pfanne

triosezyste. Bei der Relaparoskopie fand sich eine Tubaria auf der Gegenseite: Eine Salpingostomie wurde vorgenommen. Im 3. Fall wurde in der 5. SSW bei einem Beta-HCG Wert von 604 steigend auf 873 IU/l die Erstlaparoskopie mit einer Teilresektion einer isthmischen Auftreibung an der rechten Tube vollzogen. HCG-Kontrollen zeigten aber einen Anstieg und sonographisch bestand der Verdacht auf Tubaria auf der Gegenseite. Bei der Relaparoskopie zeigte sich eine Extrauterin gravidität links und die tubostomische Sanierung wurde durchgeführt. Folgende „auswärtige“ Versager beobachteten wir: Im 1. Fall wurde an zwei auswärtigen Abteilungen sonographisch eine „intra-uterine Gravidität“ diagnostiziert. Unter der Diagnose „Abortus im Gange“ wurde dann auswärts eine Curettage vorgenommen. Der histologische Befund enthielt lediglich den Hinweis auf Decidua. Die Patientin hielt die empfohlenen Kontrollen nicht ein und wurde drei Wochen später vom praktizierenden Gynäkologen mit der Verdachtsdiagnose „Reste nach Abortus“ zugewiesen. Im Trans-vaginalschall wurde dann hierorts eine stehende Tubaria nachgewiesen und die Therapie vorgenommen. – 2. Fall: Die Behandlung einer EUG war an einer auswärtigen Abteilung durch „Milking“ und Prostaglandininstillation per offene Laparoskopie eingeleitet worden. Vier Wochen später kam die Patientin dann hier zur Aufnahme: die sonographische Diagnostik und Laparoskopie-Therapie zeigten eine Hämatosalpinx von 6 × 4 cm die operativ saniert wurde. Im 3. Fall wurde wegen einer EUG an einer auswärtigen Abteilung

eine Tubenteilresektion per Pfannenstiellaparotomie vorgenommen. Vier Wochen später kam die Patientin im hämodynamischen Schock zur Aufnahme an unsere Abteilung. Bei der Repfanne mußte ein spritzendes Gefäß an der Resektionsstelle versorgt werden. Außerdem mußten eine Netzteilresektion durchgeführt und ein extra-genitaler blauer Herd exzidiert werden. Histologisch wurde eine extragenitale Gravidität vermutlich an Stellen versprengter Endometriose diagnostiziert.

Schlußfolgerung

Die Differentialdiagnose EUG vs. intrauterine Gravidität ist bei Ausgangs-Beta-HCG-Werten unter der sonographischen Nachweiszone [3] schwierig; wenn es die Klinik erlaubt, sollten Kontrollwerte abgewartet werden. Eine frühe EUG kann auch bei einer diagnostischen Laparoskopie übersehen werden: je früher desto leichter wird sie übersehen. Ein pathologischer Adnexbefund muß nicht Sitz der EUG sein. Eine

Hämatozele muß nicht einer EUG entsprechen. „Milking“ [4] ist eine problematische Therapie mit unsicherem Ausgang. Die Laparotomie ist nicht der sicherere Weg bei tubenerhalten-dem Vorgehen. Bei tubenschonenden Operationen der EUG ist die Beta-HCG-Kontrolle unabdingbar bis zur Nachweis-grenze – den Patientinnen ist die Notwendigkeit eindringlich dar-zulegen.

Liferatur

1 Cowan BD: Ectopic pregnancy. Current Opi- 3 Strovvitzki T. Wiedemann R, Korell M. Hil- 4
Hucke B. Wangsatimur B, De Bruyne F, Som-
nion in Obstetrics and Gynecology 1993; 5:
328-332.

Mecke H. Argiriou Ch, Semm K: Die Be-
handlung der Tubargravidität per pelvisko-
pium – Komplikationen, Schwangerschafts-
und Rezidivraten. Geburtsh u Frauenheilk
1991;51:549-553.

disch S, Hepp H: Hormoneller und sonogra-phischer Verlauf der frühen Schwangerschaft -
Differentialdiagnose zur EUG und Mehr-lingsschwangerschaft. Ultraschall in Med 1992; 13/2:
80-87.

ville T: Die laparoskopische Behandlung der Tubargravidität. Gynäkologe 1993; 26: 311-316.

20

Endl/Lange

Das Problem der laparoskopischen Behandlung der frühen Extrauterin-gravidität