Serum-hCG-Verläufe nach laparoskopischer Therapie der Tubargravidität

Auffälligkeiten und Konsequenzen

A.		Alge
S.		Fessler
O.		Huter
K.		Heim
J.		Martin
Ch.		Marth

Univers.-Klinik f. Frauenheilk. Innsbruck (Vorst.: Prof. Dr. O. Dapunt)

Dr. A. Alge, Univers.-Klinik f. Frauenheilk. Innsbruck, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

In der organerhaltenden Behandlung der Tubargravidität gewinnt die Laparoskopie zunehmende Bedeutung. In Fällen mit partieller Salpingektomie, Salpingotomie und Injektionsbehandlung in die Tube neigen die Patientinnen zu einem verzögerten Abfall des hCG-Spiegels. Dabei findet sich bei explorativen Eingriffen in 5 % der Fälle verbliebenes Throphoblastgewebe im kleinen Becken.

An der Univers.-Klinik für Frauenheilk. Innsbruck wurden in den Jahren 1991 und 1993 bei 48 Patientinnen eine laparoskopische, organerhaltende Therapie durchgeführt, von denen postoperativ ausreichend Serum-hCG-Verlaufskontrollen zur Auswertung vorlagen. Insgesamt waren ein präoperativer Ausgangswert, sowie mindestens vier postoperative Serum-hCG-Bestimmungen gefordert. Die organerhaltende Therapie wurde definiert als Tubenmilking, Salpingotomie sowie als partielle Salpingektomie. Ebenfalls eingeschlossen waren Patientinnen mit laparoskopischer Injektionsbehandlung in die Tube, die mittels Prostaglandin-F2 alpha (PGF2 alpha) durchgeführt wurde. Als Therapieversager wurden diejenigen Fälle gewertet, bei welchen die Behandlung der Eileiterschwangerschaft mit dem ersten operativen Eingriff nicht abgeschlossen war. und die einen zusätzlichen operativen Eingriff verlangten. Die Versagerquote von 17% im Kollektiv der Patientinnen mit Injektionsbehandlung liegt im Bereich der allgemein in der Literatur angegebenen Größe.

Die Aufschlüsselung der Sekundäreingriffe bei den Therapieversagern ergab 1 Versager in der Gruppe der Patientinnen, welche einer laparoskopisch, organerhaltenden Therapie unterzogen wurden. Bei 7 Patientinnen wurde eine Prostaglandin-Injektion erfolglos durchgeführt. Als sekundär chirurgische Maßnahme wurden eine Laparoskopie, eine kombinierte Laparoskopie mit nachfolgender Laparotomie sowie insgesamt sechs primäre Laparotomien durchgeführt. Bezüglich der Selektionskriterien und der Dosierung bei Patientinnen mit Prostaglandin-Injektion hielten wir uns im allgemeinen an die in der Literatur angegebenen Richtlinien [1]. Im Vergleich der beiden Patientinnengruppen (Gruppe 1, organerhaltende Therapie, n = 12 und Gruppe 2, Prostaglandin-Injektion. n = 36) bezüglich ihrer Serum hCG-Ausgangswerte und dem

Zeitraum bis zum Abfall auf 10% des Ausgangswertes zeigte sich ein verkehrt proportionales Verhalten: Trotz höherer Ausgangswerte

kam es zu einem signifikant schnelleren Abfall der Serum hCG-Werte in der Gruppe der Patientinnen mit organerhaltender laparoskopischer Therapie (Gruppe 1: vier Tage, Gruppe 2: zwölf Tage, $p < 0,005$).

Nach Prostaglandin-Injektion war ein Therapieerfolg auch nach längerdauerndem hCG-Abfall von über 30 Tagen noch möglich. Dabei bestand keine Korrelation zwischen der Dauer des hCG-Abfalls und der Höhe des präoperativen Ausgangswertes.

Anhand zweier Kasuistiken aus den beiden Patientinnengruppen soll jeweils ein auffälliger hCG-Verlauf dargestellt werden.

Bei der ersten Patientin handelt es sich um eine 25jährige Erst-gravida mit Zustand nach vorausgegangener linksseitiger Adnex-entfernung. Sowohl klinisch als auch sonographisch bestand der Verdacht auf ektope Schwangerschaft bei positivem Harn-hCG. Bei der laparoskopischen Abklärung zeigte sich die rechte Tube mit einem Durchmesser von 3,5 cm ampullär aufgetrieben. Es wurde PGF₂-alpha lokal in die Tubargravidität injiziert, sowie nachfolgend Prostaglandin E₂ systemisch verabreicht. In der Übersicht des Serum-hCG-Verlaufes findet sich ein erhöhtes präoperatives hCG von > 2.500 mU/ml. Direkt nach der durchgeführten Prostaglandin-Injektion kam es zu einem kurzfristigen Anstieg der Serum-hCG-Werte. Dieser Anstieg wurde nicht als Therapieversager interpretiert. Obwohl die gültigen Kriterien zur Durchführung einer Prostaglandin-Injektion nicht exakt eingehalten wurden, verlief die konservierende Therapie der ektopischen Gravidität durch Prostaglandin-Injektion in diesem Fall erfolgreich. Längstens 112 Tage danach kam es zum Eintritt einer topischen Gravidität, wobei der Eitransport durch die nach Prostaglandin-Injektion wegen ek-topischer Schwangerschaft erhaltene Tube, bei früherer Entfernung der gegenseitigen Adnexe, erwiesen ist.

Im zweiten Fall handelt es sich um eine 27jährige Zweitgravida mit Kinderwunsch. Bei der Patientin war bereits im Oktober 1991 eine Prostaglandin-Injektion bei bestehender Tubargravidität rechts durchgeführt worden, sowie eine Salpingoneostomie beidseits 1992. Sie zeigte ebenfalls die klinische Symptomatik einer ektopen Schwangerschaft mit positivem Harn-hCG. Daher wurde laparoskopisch eine partielle Salpingektomie rechts durchgeführt und der resezierte Tubenanteil über den zweiten Trokareinstich rechts entfernt. Die Diagnose wurde histologisch bestätigt. Nachfolgend zeigte sich ein deutlicher Abfall des Serum-hCG-Wertes. Neunzehn Tage später erfolgte die neuerliche stationäre Aufnahme mit bestehenden Unterbauchschmerzen.

Zur weiteren Abklärung wurde unter dem Verdacht einer persistierenden ektopen Schwangerschaft eine Laparotomie mit kompletter Salpingektomie rechts, sowie eine Probeexcision aus der Einstichstelle im rechten Unterbauch entnommen. Das einzige, histologisch nachweisbare Plazentagewebe, fand sich in Form von verschleppten Trophoblastanteilen in der Probeexzisionsstelle aus der Bauchdecke [2]. Bei dieser Patientin hat der Anstieg des Serum-hCG durch extraabdominelle Streuung von aktivem Trophoblastgewebe eine persistierende ektope Schwangerschaft vorge-täuscht. Dieser Fall zeigt, daß bei konservierend organerhaltenden laparoskopischen Operationen die Entfernung des Trophoblastgewebes möglichst durch einen größeren Troikart oder mittels Bag durchgeführt werden soll. Konsekutive, postoperative hCG-Kontrollen sind auch in Fällen von laparoskopisch organerhaltender Therapie angezeigt.

Literatur

1 Pansky M, Golan A, Bukovsky I, Caspi E: Nonsurgical management of tubal pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1991; 164: 888-895.

Uncommon location of persistent ectopic pregnancy following laparoscopic surgery. Alge AA, Martin J, Müller-Holzner E, Marth C. Obstetrics and Gynecology 1994; in press.

24

Alge/Fessler/Huter/Heim/Martin/Marth

Serum-hCG-Verläufe nach laparoskopischer Therapie der Tubargravidität: Auffälligkeiten und Konsequenzen