Diagnose und Therapie bei intramuraler Schwangerschaft

F.		Kainer
P.		Lang
W.		Urdl

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

Dr. F. Kainer, Geburtsh.-gynäkol. Univers.-Klinik Graz, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Intramurale Schwangerschaften sind eine seltene Lokalisation einer extrauterinen Implantation. Das Management unterscheidet sich wesentlich von einer Tubargravidität, da eine laparoskopisch gesteuerte chirurgische Versorgung unmöglich ist. Eine konservative Therapie erscheint daher als sinnvoller Therapieansatz. Die systemische oder lokale Gabe von Methotrexat bei interstitieller Schwangerschaft ist in der Literatur mehrfach beschrieben [1,2]. Der Erfolg des konservativen Vorgehens wird jedoch vor allem bei β -hCG-Spiegeln $< 5000 \mu\text{U/ml}$ als akzeptabel angesehen.

Es wird über die Therapie und den Verlauf bei einer Patientin mit einem initialen hCG-Spiegel von $90.000 \mu\text{U/ml}$ bei intramuraler Schwangerschaft berichtet.

Fallbericht

Eine 34-jährige III Gravida bei Zustand nach Salpingektomie bei einer Tubargravidität links, wird an der Klinik wegen eines auffälligen Ultraschallbefundes vorgestellt. Es zeigt sich ein Uterus in Anteversioflexio mit hoch aufgebauter Schleimhaut und einem Pseudogestationsring.

Intramural rechts findet sich eine intakte Schwangerschaft mit einem Embryo mit einer Scheitelsteißlänge von 5 mm und intakter Herzaktion. Da die Fertilität auf Wunsch der Patientin auf jeden Fall aufrechterhalten bleiben sollte, entschied man sich für ein konservatives Vorgehen.

Unter vaginosonographischer Kontrolle wurde laparoskopisch die Fruchthöhle punktiert und in die Fruchthöhle 15 mg Methotrexat injiziert. Das laparoskopische Vorgehen wurde gewählt, um ein konservatives Vorgehen besser abzuschätzen zu können und eine eventuelle Blutung besser kontrollieren zu können.

Aufgrund der hohen hCG-Werte wurde zusätzlich eine systemische Therapie mit Methotrexat durchgeführt. Insgesamt wurde eine Dosierung von 270 mg Methotrexat verwendet. Die Resistanceindices der Trophoblastgefäße zeigten unter der Therapie einen signifikanten Anstieg von primär 0,32 auf 0,75 (Abb. 1). Nach 4 Monaten war der β hCG-Wert negativ. In der B-Bild-Sonographie

waren Reste der interstitiellen Schwangerschaft 6 Monate nachweisbar.

Zusammenfassung

Die konservative Therapie einer interstitiellen Schwangerschaft kann auch bei intakter Schwangerschaft mit hohen hCG-Spiegeln versucht werden.

Bei β hCG-Werten $> 5000 \mu\text{U/ml}$ ist neben der lokalen Therapie jedoch zusätzlich eine systemische Methotrexattherapie indiziert.

β -hCG(x100); RI

2 Monate

4 Monate

β -hCG-Verlauf -"- Resistanceindex

Abb. 1. Verlauf des β hCG-Wertes und des Resistanceindex der Trophoblastgefäße bei intramuraler Schwangerschaft.

Literatur

Budnick SG, Jacobs SL, Nulsen JC, Metzger DA: Conservative management of interstitial pregnancy. Obstetrical and Gynecological Survey 1993; 48: 694-698.

Fernandez H, De Ziegler D, Bourget P, Feltain P, Frydman R: The place of methotrexat in the management of interstitial pregnancy. Human Reproduction 1991; 6: 302-306