Fusionsstörungen des Müller'schen Gangsystems und deren klinische Relevanz

am Beispiel einer Schwangerschaft der 29. Woche in einem nicht kommunizierenden, rudimentären Uterushorn

R.		Längle ^a
E.		Nagele ^b
R.		Taschner ^a

^aKH Wiener Neustadt (Vorst.: Prim. Dr. R. Taschner) ^bUnivers.-Frauenklinik Abt. Geburtsh. Gynäk. (Vorst.: Prof. Dr. P. Husslein)

Dr. R. Längle, KH Wr. Neustadt, A-2700 Wiener Neustadt

Die Inzidenz kongenitaler uteriner Anomalien wird mit 1:1500 angegeben. Die Klassifikation uteriner Fehlbildungen ist in der Literatur uneinheitlich und erschwert daher Vergleiche. Die Einteilung nach Buttram und Gibbons orientiert sich an klinischen Gesichtspunkten und wurde der vorliegenden Arbeit zugrundegelegt.

Die Häufigkeit eines Uterus unicornis liegt bei 9 % , 2/3 davon weisen ein rudimentäres Horn auf wovon wiederum 85 % keine Kommunikation zur kontralateralen Seite besitzen. Schwangerschaften treten in einem derartigen Horn mit einer Frequenz von 1:100.000 auf. 89% dieser Schwangerschaften rupturieren im zweiten Trimester, von den restlichen 11 % kommt es lediglich bei 1 % zur Entbindung eines lebenden Kindes am Termin.

In der Literatur werden 8 Fälle von Schwangerschaften in einem rudimentären Horn mit lebend geborenem Kind beschrieben. In vier Fällen kam es zur Spontanruptur und bei weiteren vier Patientinnen bestand eine primäre Wehenschwäche.

Im vorliegenden Fall handelt es sich um das fünfte und vom Gestationsalter jüngste lebend geborene Kind bei stattgehabter Ruptur. Ziel dieses Berichtes ist es, auf die Bedeutung und Möglichkeiten einer frühzeitigen Diagnose einer derartigen Fehlbildung hinzuweisen.

Fallbericht

Eine 27jährige II. Gravida/Primipara wurde erstmals in der 24. SSW wegen vaginaler Blutungen bei bis dahin unauffälliger geburtshilflicher und bis auf Dysmenorrhoeen auch blander gynäkologischer Anamnese stationär aufgenommen.

Zwei Ultraschalluntersuchungen in der 12. und 18. SSW ergaben einen unauffälligen Befund. Im Aufnahmeultraschall in der 24. SSW fand sich ein dem Gestationsalter entsprechend morphologisch unauffälliger Fetus. In der Vaginalsonographie zeigte sich eine normale Zervix und eine auffällige echodichte Struktur vor dem Os internum, die als Plazenta prævia totalis interpretiert wurde. Die Patientin wurde in der 26. und 28. SSW planmäßig zur prophylaktischen Lungenreifung stationär aufgenommen. Ab der 26. SSW wurde wegen Neigung zur vorzeitigen Wehentätigkeit eine orale Tokolyse durchgeführt. Die Biometrie entsprach weiterhin dem Gestations-

alter von SSW 28+3 innerhalb von drei Stunden ein akutes Abdomen mit Schocksymptomatik. Hämatokritabfall von 6 % bei völlig unauffälligem vaginalen Befund und

unreifer Zervix. Im CTG zeigte sich eine normale Basisfrequenz mit silenter Bandbreite und wiederholt spontanen, mittelschweren Dezelerationen bei normalen Uterustonos. Ein Akutultraschall ergab massiv freie Flüssigkeit im Abdomen. Bei der explorativen Laparotomie fanden sich zwei Liter Blut im Abdomen, es wurde eine Not-Section durchgeführt und es konnte ein 1.115 g schwerer Knabe aus II. BEL mit einem Apgar-Score von 3/6/7 und einem pH der A. umbilicalis von 7.015 entwickelt werden.

Als Blutungsquelle stellte sich eine Placenta percreta mit konsekutiver Ruptur eines rudimentären Uterushorns heraus. Aufgrund des zunehmend bedrohlichen Allgemeinzustandes wurde eine Hysterektomie durchgeführt. Der postoperative Verlauf war unauffällig. Bei der Mutter wurde postpartal eine Nierensonographie durchgeführt und beidseits unauffällige Nieren beschrieben. Der Knabe entwickelt sich neurologisch unproblematisch und wiegt derzeit 3000 g.

Conclusio

Bei Verdacht auf uterine Fehlbildung ist eine intensive Abklärung mittels Abdominal- und Vaginalsonographie, Hysterosalpingographie, Hysteroskopie und ggf. diagnostischer Laparoskopie angezeigt. In etwa 30 % sind derartige Fehlbildungen mit zusätzlichen Anomalien des Urogenitaltraktes kombiniert und daher ist im Verdachtsfall eine urologische Abklärung anzuschließen. Liegt ein rudimentäres Uterushorn vor, so sollte dieses chirurgisch saniert respektive exzidiert werden, da Schwangerschaften in einem derartigen Horn mit einer ungleich höheren Mortalität als dies bei Tubargraviditäten der Fall ist, vergesellschaftet sind. Interessant erscheint uns der Hinweis, daß die Fertilisierung nur durch tranperitoneale Wanderung der Eizelle, Samenzelle oder Zygote stattfinden kann. Die Diagnose einer Gravidität in einem rudimentären Horn ist durch die exakte sonographische Abklärung nicht nur von Fet- und Plazenta sondern vor allem auch der angrenzenden anatomischen Strukturen des Uterus möglich, wobei auf eine korrekte Interpretation der erhobenen Befunde zu achten ist. Wie in allen anderen

Fällen einer verifizierten ektopen Gravidität ist auch bei separierten Hornschwangerschaften die chirurgische Sanierung ehestmöglich angezeigt. Verminderte Fertilität, erhöhte Abortrate.

Neigung zur

Frühgeburtlichkeit, Lageanomalien, primäre Wehenschwäche und vor allem die erhöhte Mortalität für Mutter und Kind legen die Abklärung der uterinen Anatomie nahe.

Literatur

Semmens JP: Congenital anomalies and female genital tract. Obstet Gynecol 1962; 3: 328.

Buttram, VC jr et al.: Müllerian anomalies: a proposed classification (an analysis of 144 cases). Fertil Steril 1979; 32: 40. O'Leary JL et al.: Rudimentary horn pregnancy, Obstet Gynecol 1963; 22: 371.

Johansen K: Pregnancy in a rudimentary horn: Two case reports. Obstet Gynecol 1969; 34: 805.

Acien P: Reproductive performance of women with uterine malformations. Human Reprod 1993; 8: 122.

Munkholm-Larsen P et al: Pregnancy in a non communicating rudimentary uterine horn with a successful outcome. Acta Obstet Gynecol Scand 1983; 62: 93.

Jarrel J et al.: Pregnancy in a rudimentary horn with fetal salvage. Am J Obstet Gynecol 1977; 127: 676.

Fusionsstörungen des Müller'schen Gang-systems und deren klinische Relevanz