Sakkulation

Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin

16. März 2011

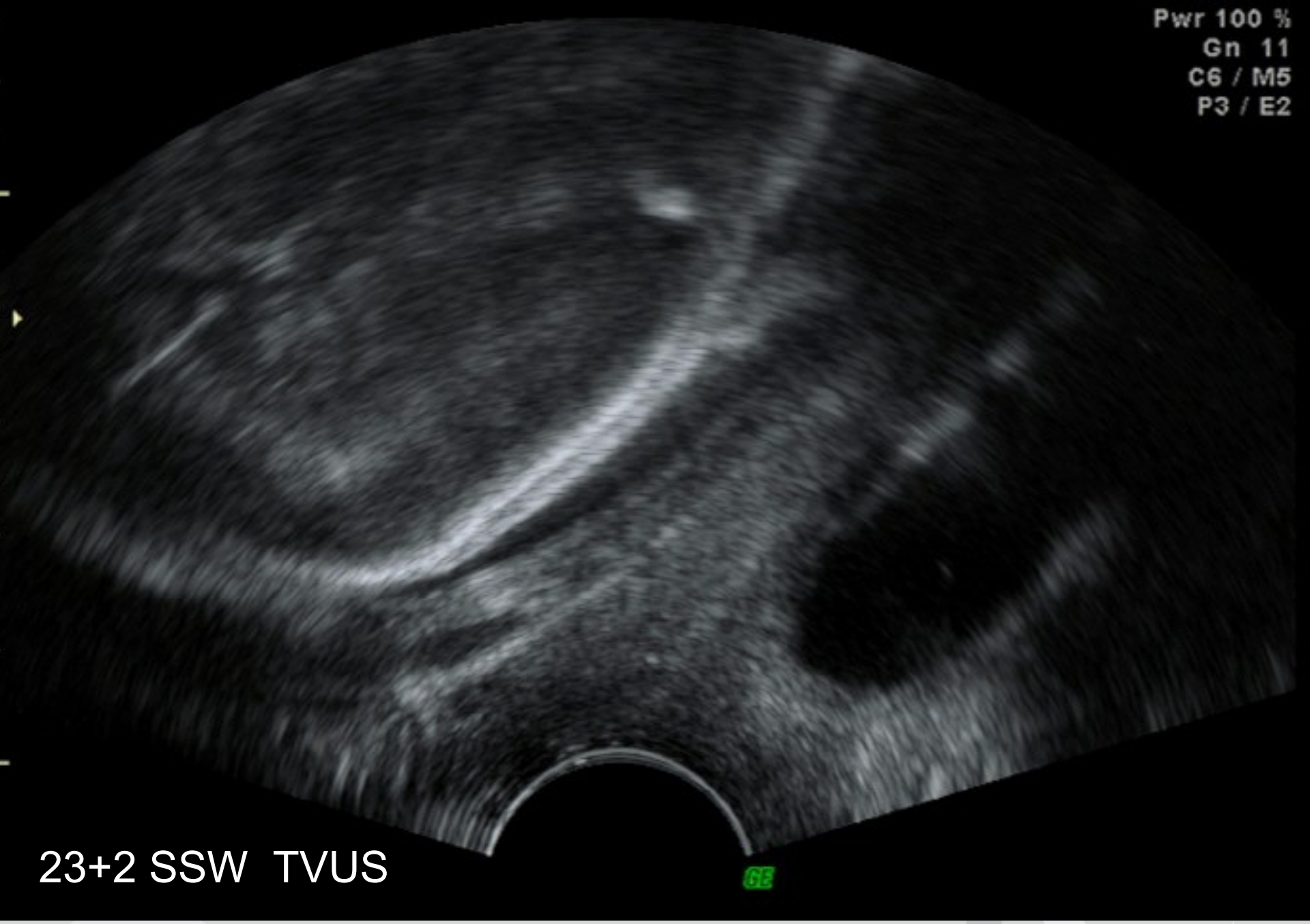
E.Gottschalk*; J.-P. Siedentopf*; I. Schoenborn*, S. Gartenschlaeger**, J.W. Dudenhausen*, W. Henrich*
Charité Campus Virchow, Klinik für Geburtshilfe, ** Charité Campus Virchow, Klinik für Radiologie

Fallbeschreibung

- 16 jährige I Gravida 0 Para
- 24 SSW
- Intermittierende ausgeprägte bilaterale Flankenschmerzen
- Keine vorausgegangenen gynäkologischen Vorerkrankungen (keine Endometriose,
  keine PID (pelvic inflammatory diseases)
- Seit der 20 SSW intermittierende Unterbauchbeschwerden unklarer Genese

21+1 SSW V.a. Appendicitis acuta, Appendektomie per Mini-Lap

23+ 2 SSW bilaterale Hydronephrose



23+2 SSW TVUS

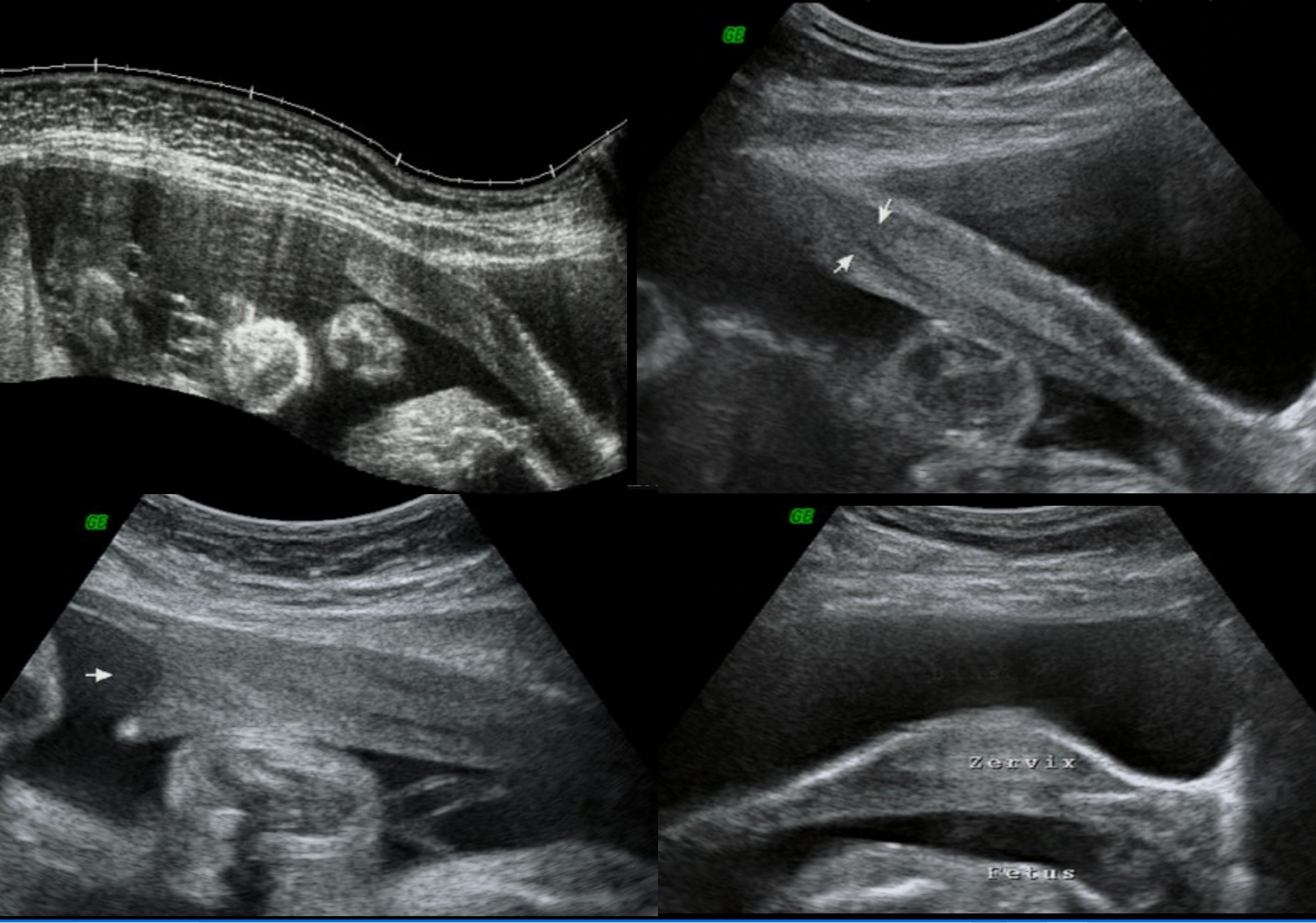
Eigenanamnese

- Retroflexio uteri
- Atopische Dermatitis
- Nikotinabusus
- Allergisches Asthma bronchiale
- Allergien: Nickel, Quecksilber

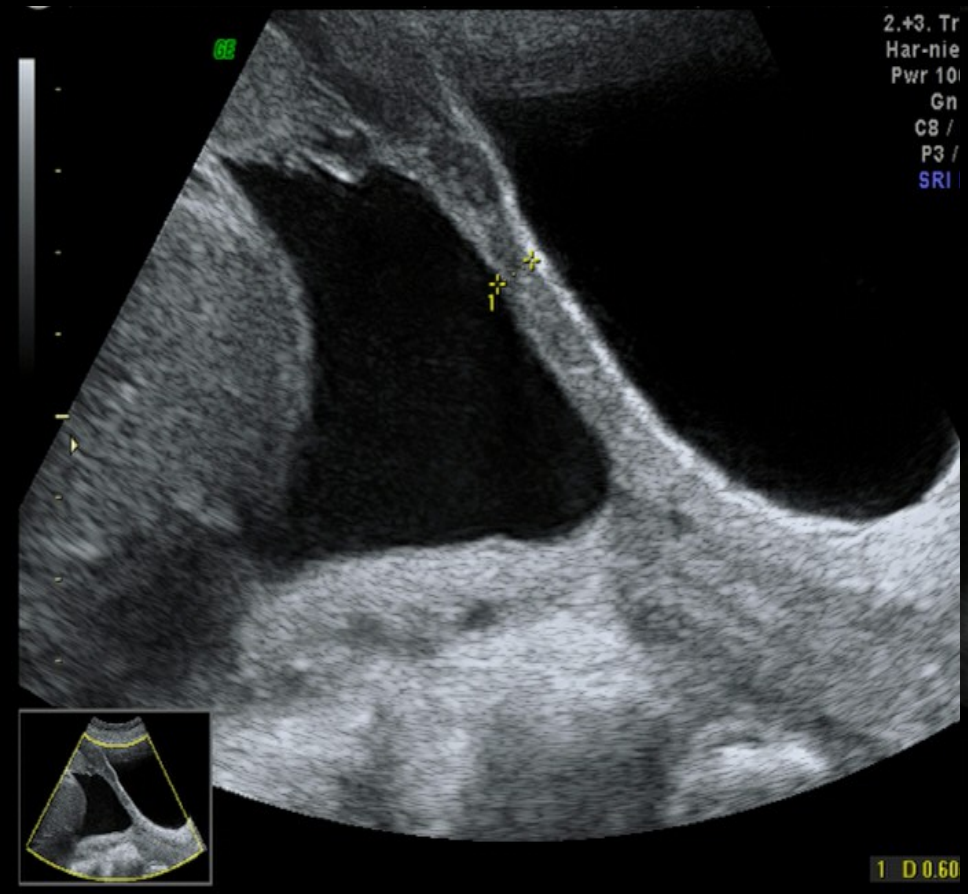
Familienanamnese

Mutter: Retroflexio uteri

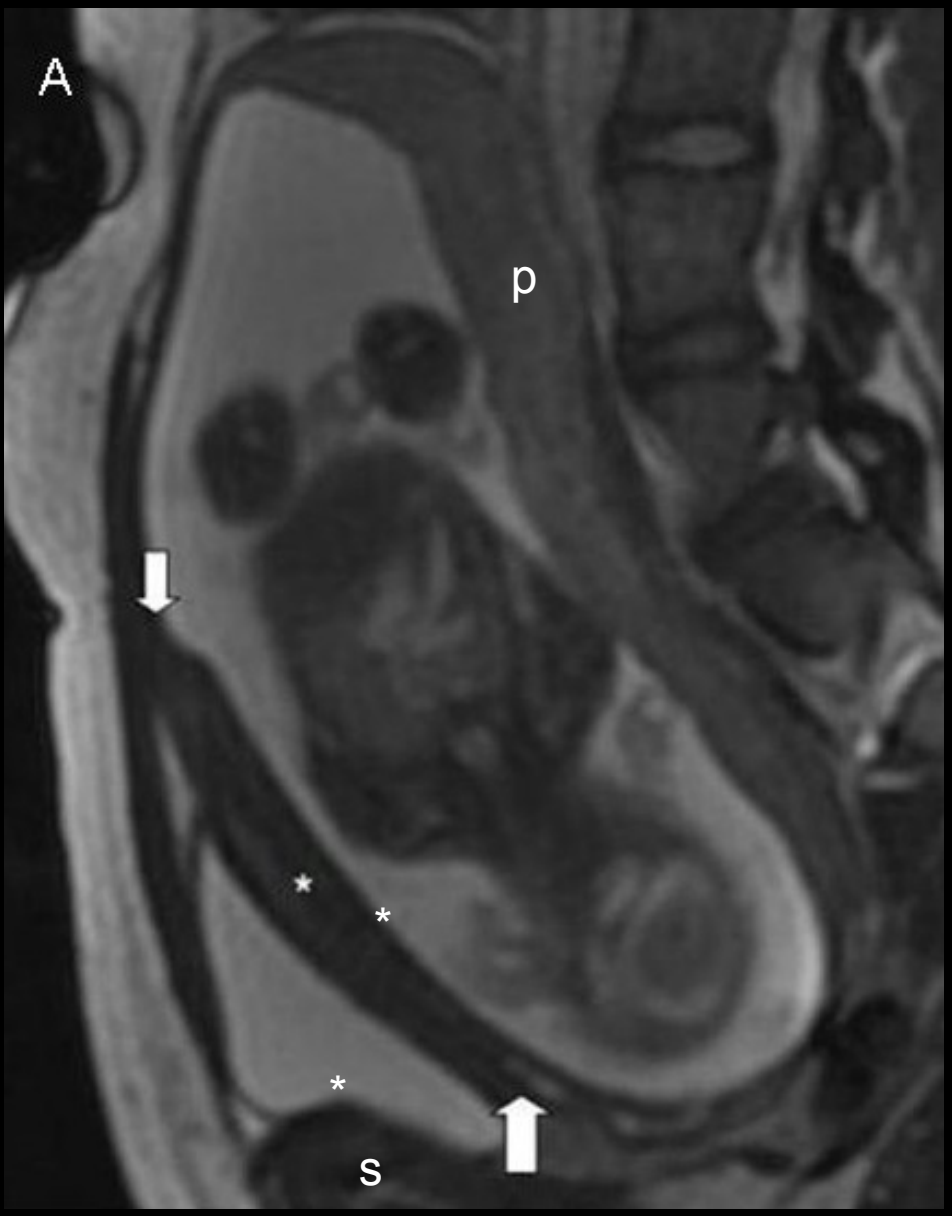
- Spontane Aufrichtung zwischen 12-16 SSW, vaginaler Entbindungsmodus


GE
GE
GE
Zervix
Fetus

Normalbefund



Sakkulation


A
p
*
*
*
s

B
p
**
***
*
r
s

Schwangerschaftsverlauf

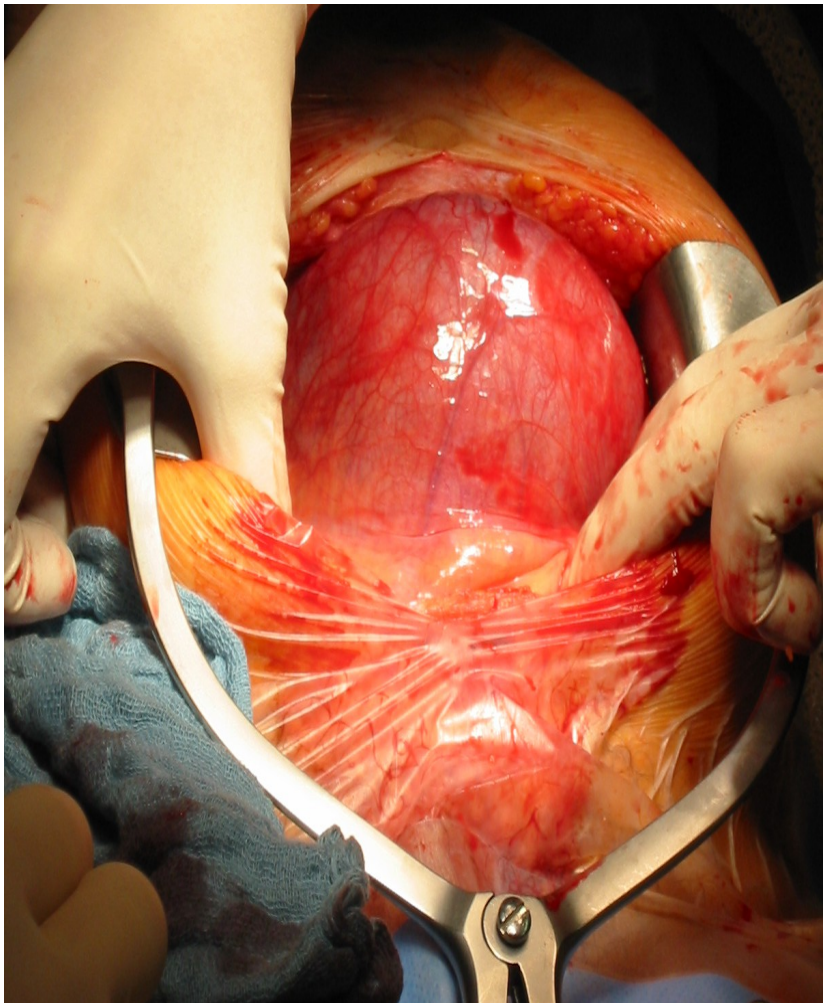
- 32+3 SSW
  - erneute Aufnahme bei V.a. SIH
  - RR 195/115 mmHg; Kontrolle 140/100 mm/Hg
  - 24h Sammelurin: kein Proteinnachweis

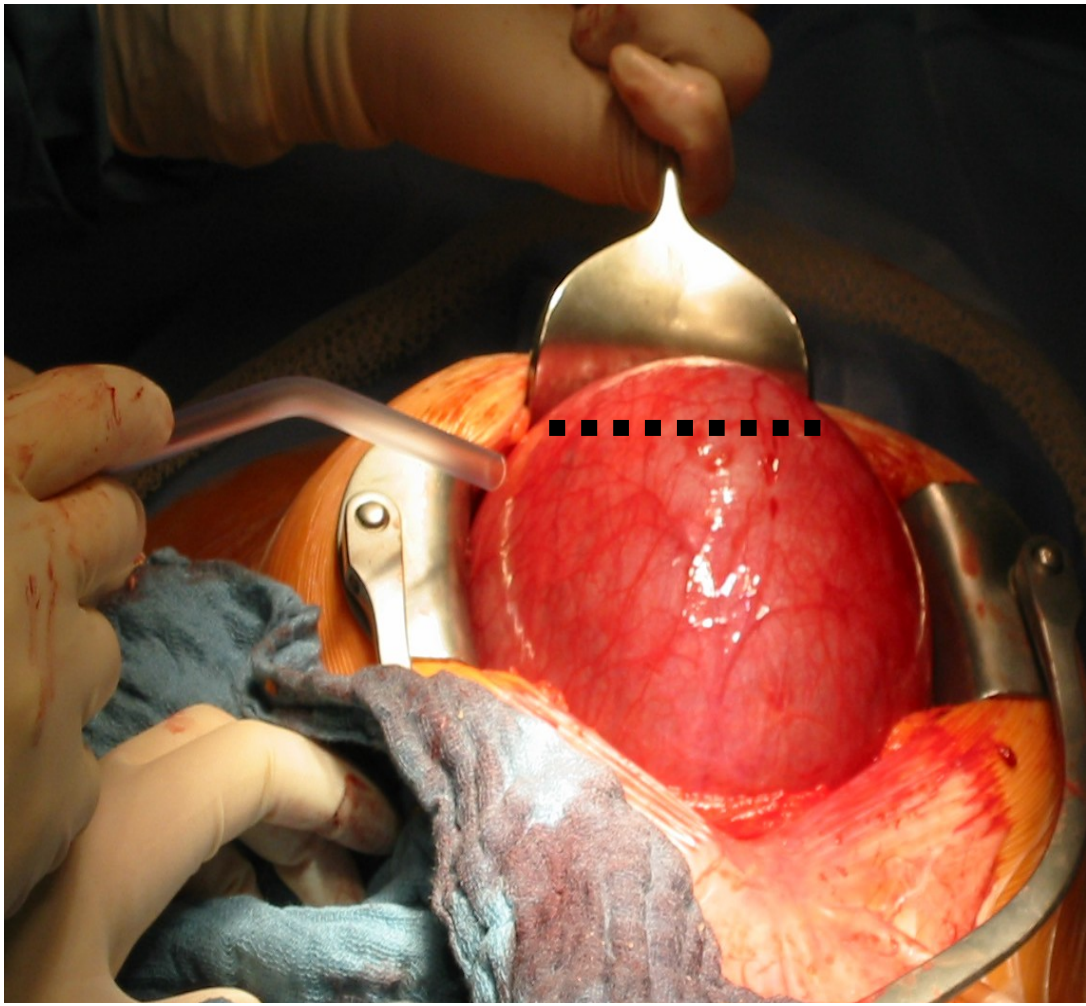
- Lungenreifeinduktion, Methyldopa 3x 250mg

- Serum-Kreatinin1.32 mg/dl
  - Harnstau bds III°

- Indikation zur primären Sectio in 35+2 SSW bei zunehmenden Unterbauchbeschwerden

Längslaparotomie

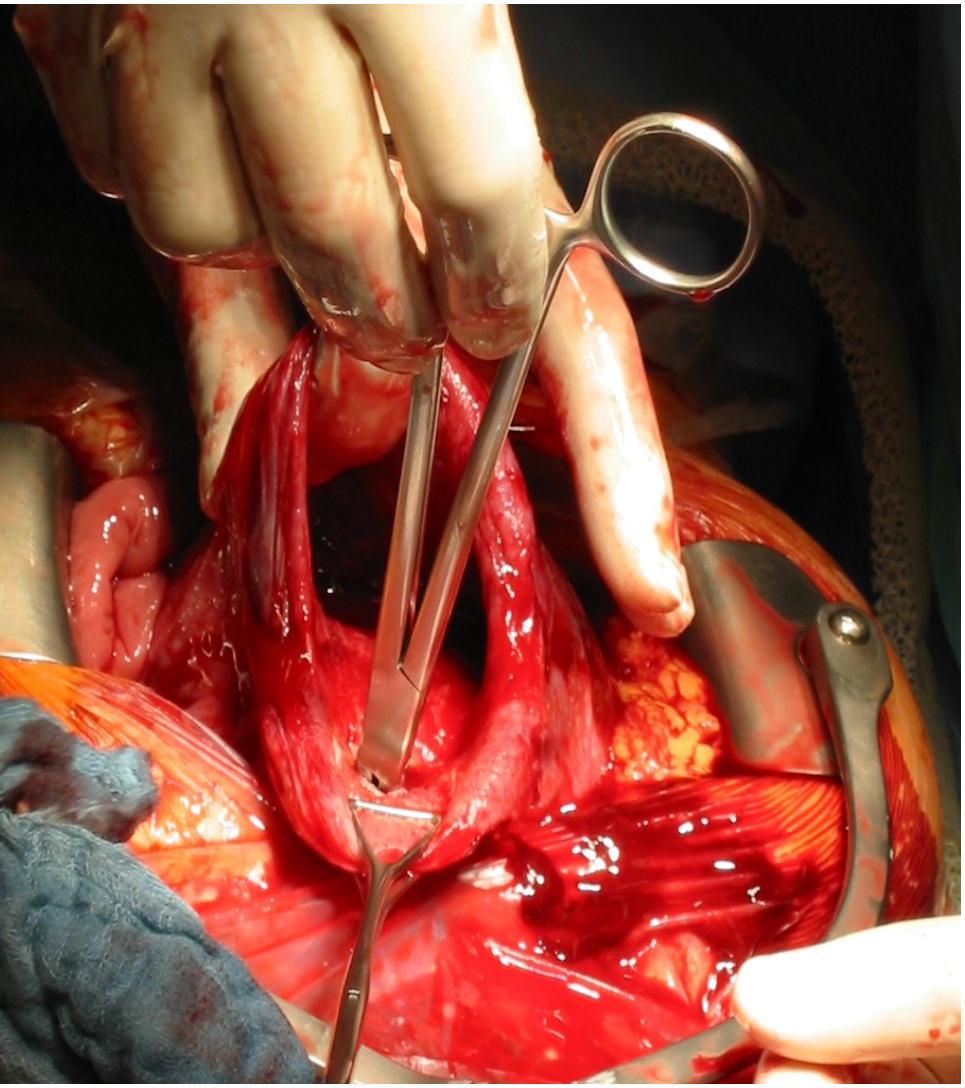


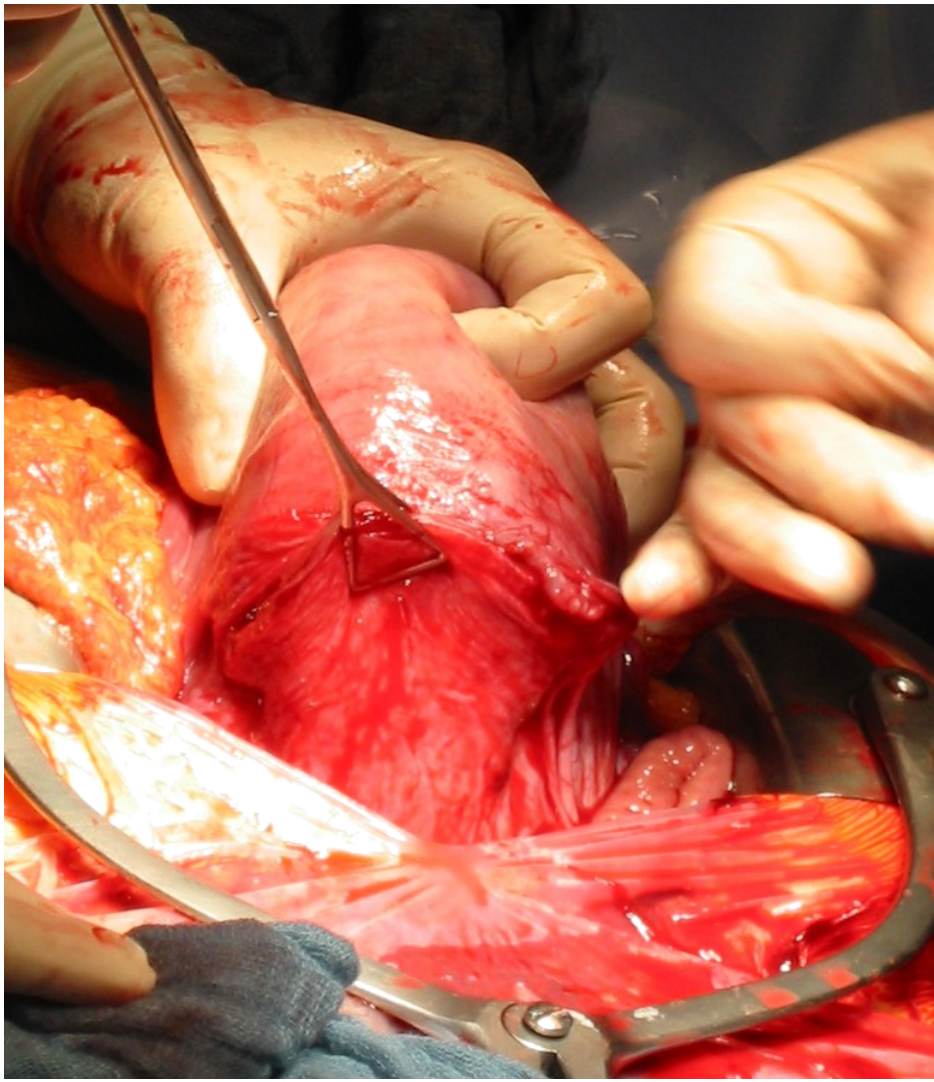


- Unteres Uterinsegment dünn ausgezogen und durchscheinend
- Identifikation der Blasenumschlagsfalte
- Uterotomie im oberen Drittel

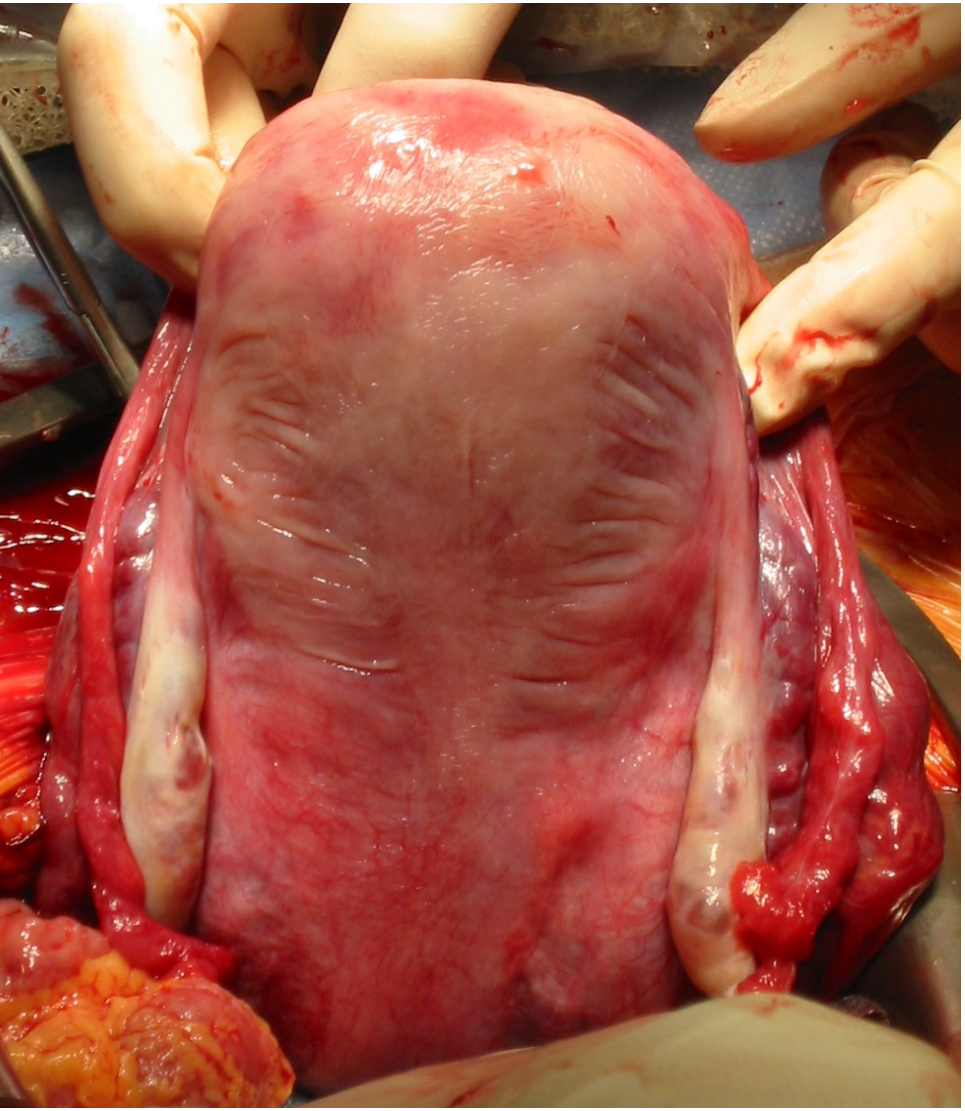
Knabe: 1880g, 46cm, APGAR 7/9/10, art. pH: 7,30

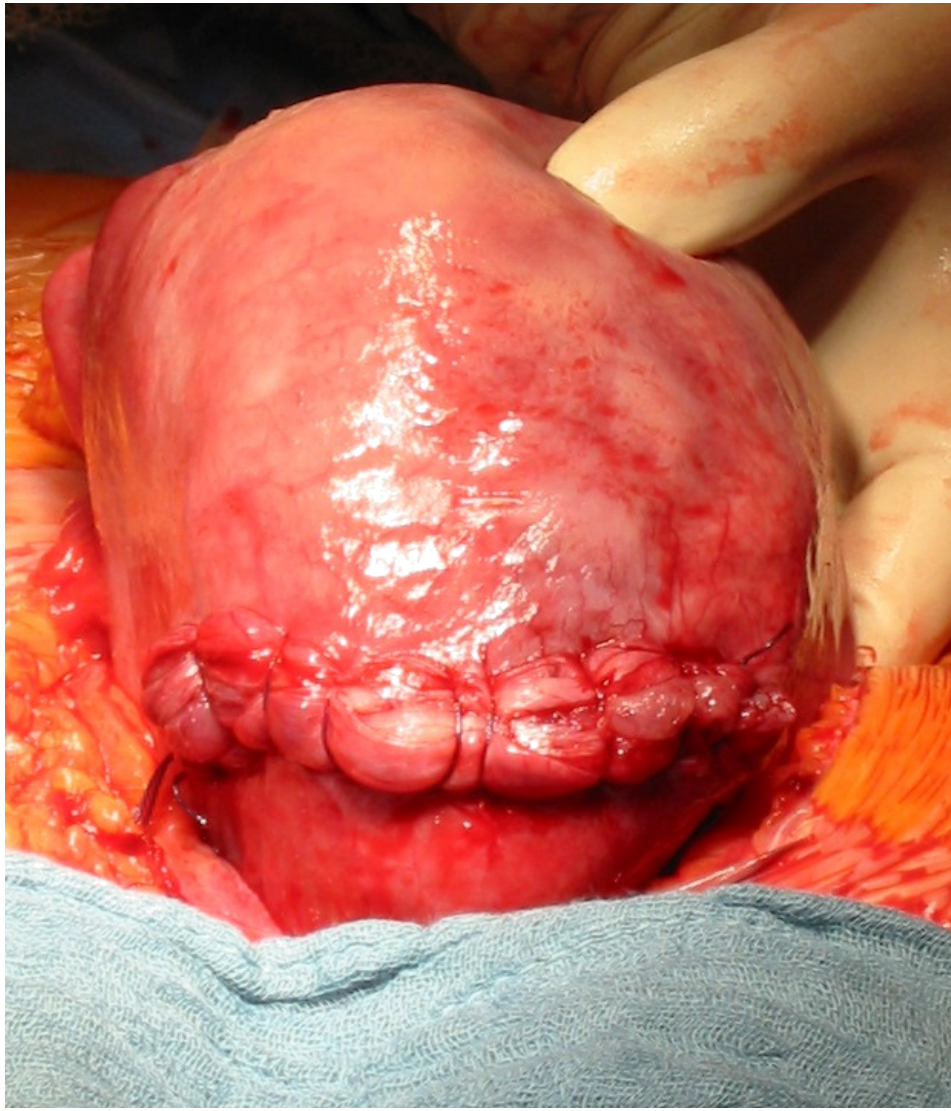
Uterotomie im Bereich des unteren Uterinsegmentes





Uterotomie im Bereich des unteren Uterinsegmentes



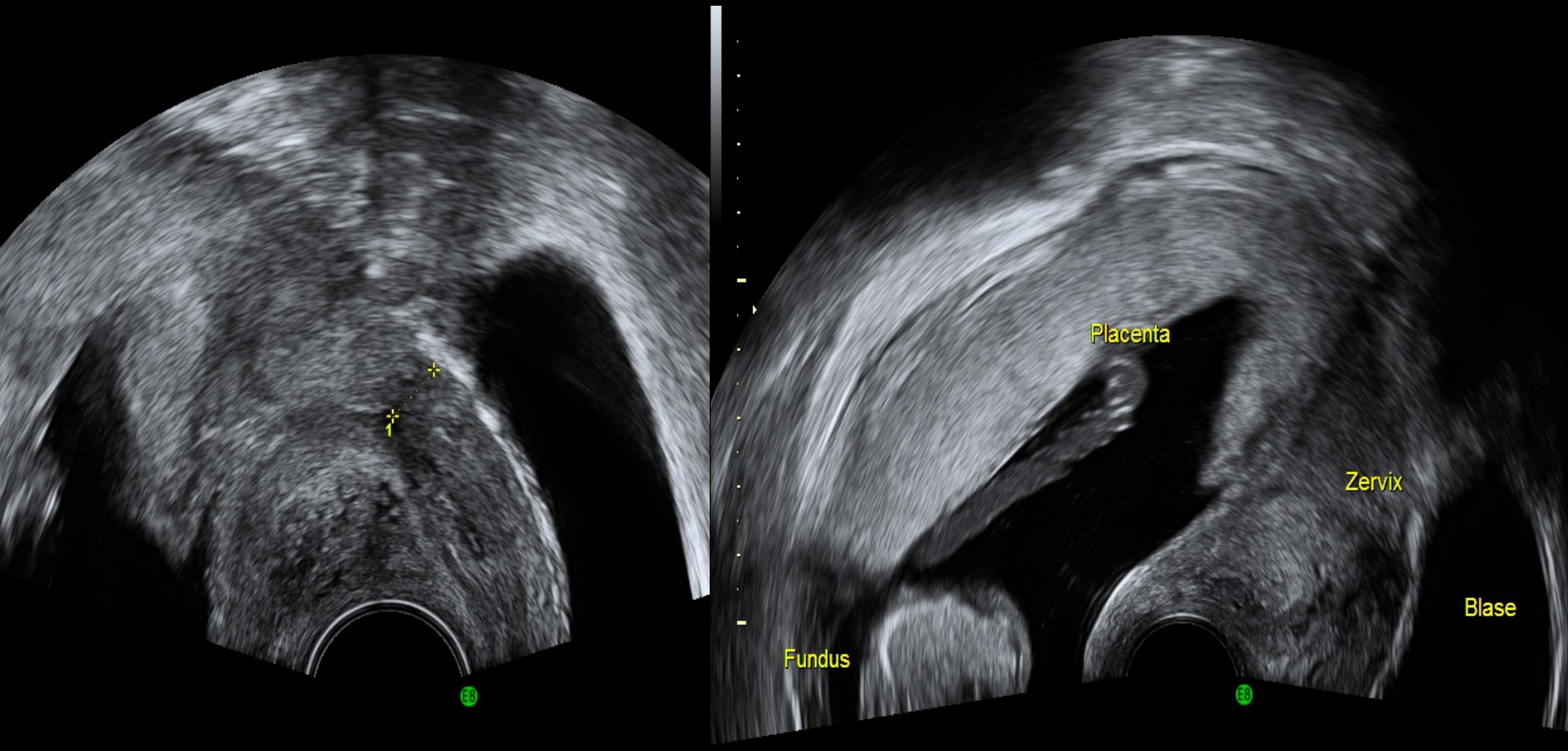


- Keine parametranen Verwachsungen
- Uterus mobil, komplikationslose Aufrichtung

Weiterer Verlauf

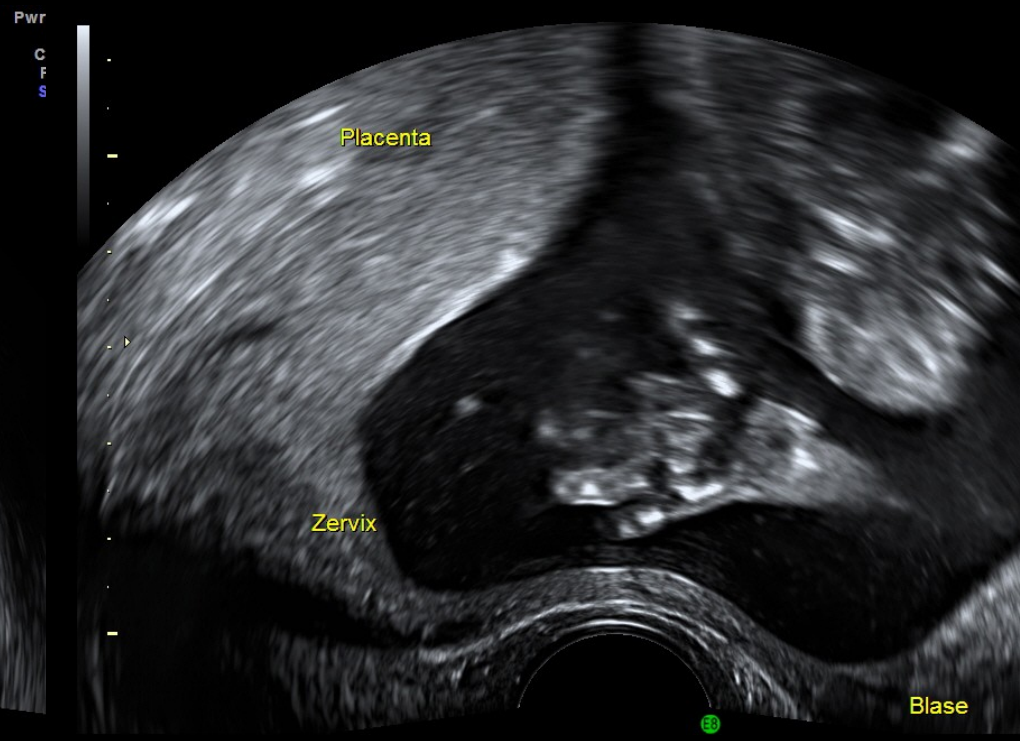
- 2009: 1 missed abortion 8/9 SSW
  - Curettage unter sonografischer Kontrolle
- 2010: Gravidität erneut bei Retroflexio uteri
  - Aufrichtung des Uterus in Narkose in der 18. SSW
  - Uterus im weiteren Schwangerschaftsverlauf anteflektiert
  - komplikationslose Re-Sectio mit 35 SSW
    - Knabe; 2590g, Länge 43cm, KU 32,5cm, APGAR 10/10/10, NapH: 7,29

18 SSW



TVUS Retroflexio uteri vor Aufrichtung

18 SSW



vor Aufrichtung

nach Aufrichtung

Ätiologie

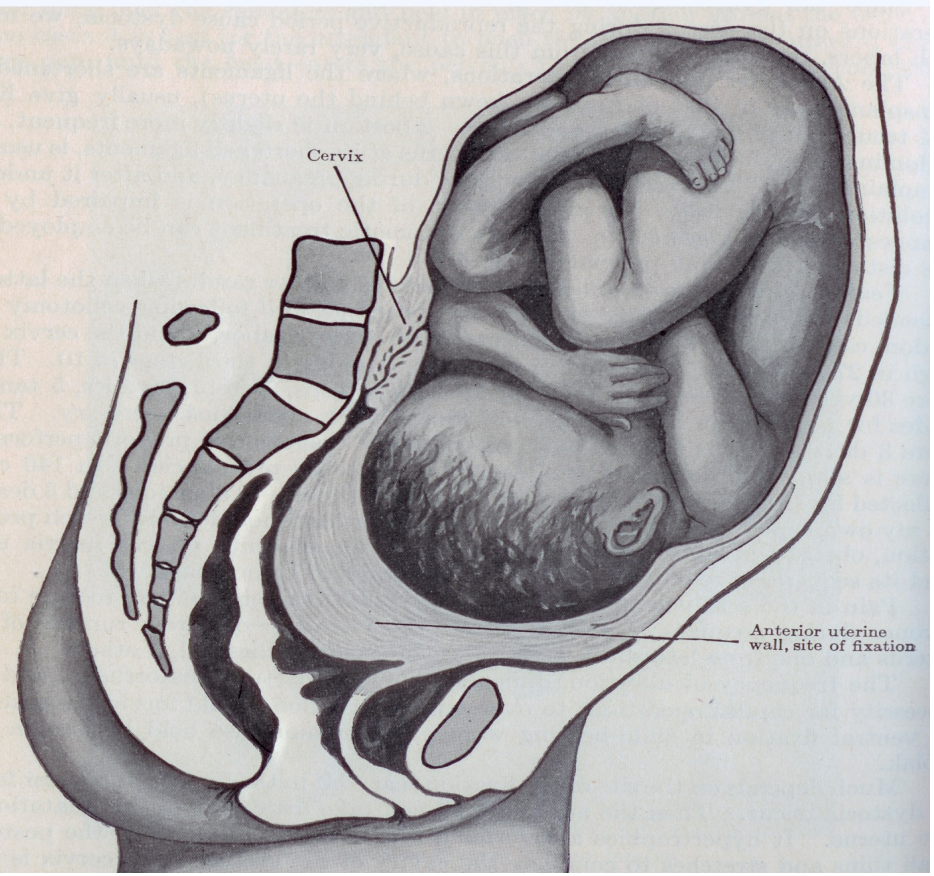
- 15% aller Frauen haben eine Retroflexio uteri
- 11% -19% aller Schwangeren im I. Trimester
- spontane Aufrichtung bis ca 14. SSW
- bei fehlender Aufrichtung:
  - Uterus verbleibt im kleinen Becken (Inkarzeration)
  - Sakkulation des Uterus bei weiterem fetalen Wachstum
- Häufigkeit 1:3000

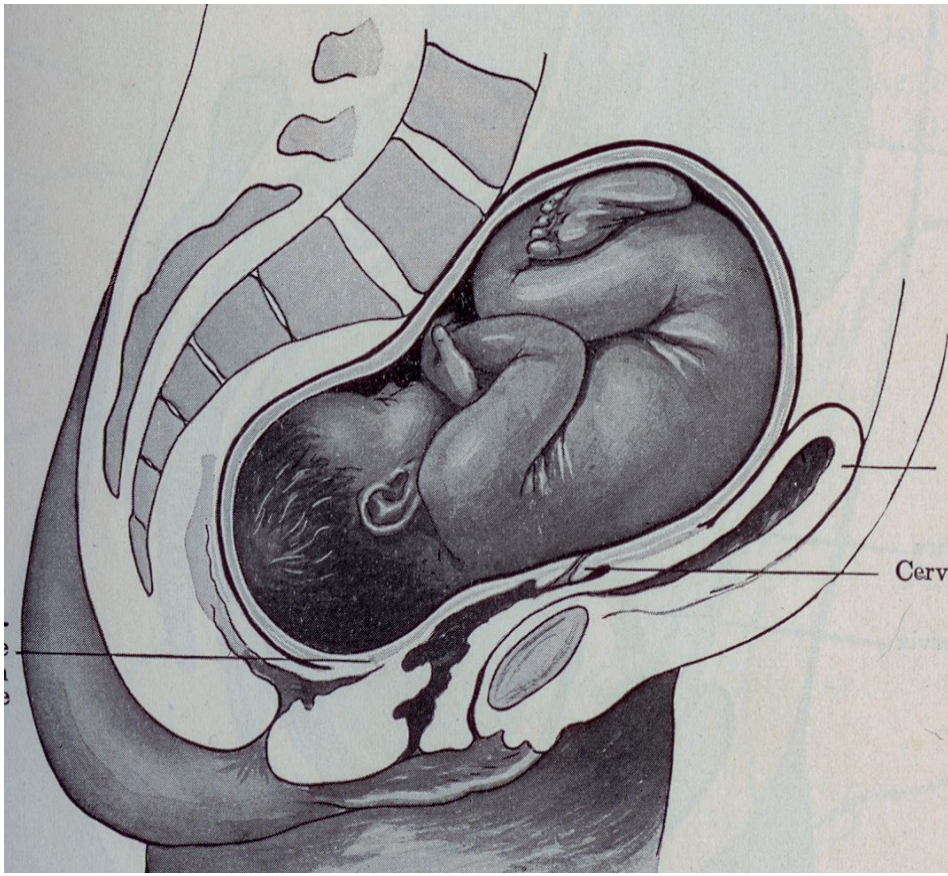
- Erstbeschreibung:
  - van Deventer H. The Art of Midwifery. E.Curll, F.Pemberton and W.Taylor, 1716.
  - William Hunter 1754

- 1894 Gottschalk : 67 maternale Todesfälle aufgrund von
  - Urämie, Sepsis, Peritonitis, Pyämie, Blasenruptur bei uteriner Inkarzeration und Sakkulation

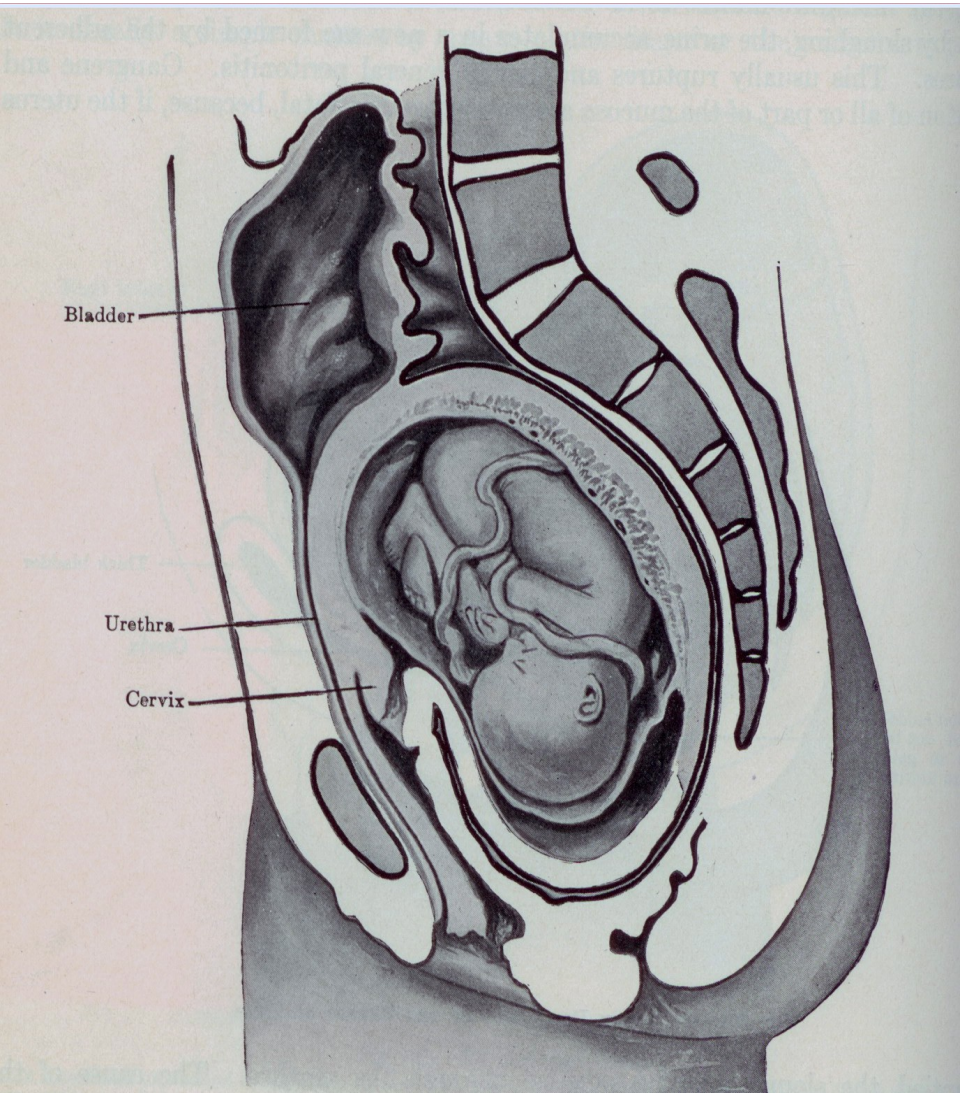
- Prädisponierende Faktoren:
  - Adhäsionen
  - Vorausgegangene Chirurgie
  - Endometriose
  - Tumoren im kleinen Becken
  - Uterine Malformationen
  - Anomalien des kleinen Beckens

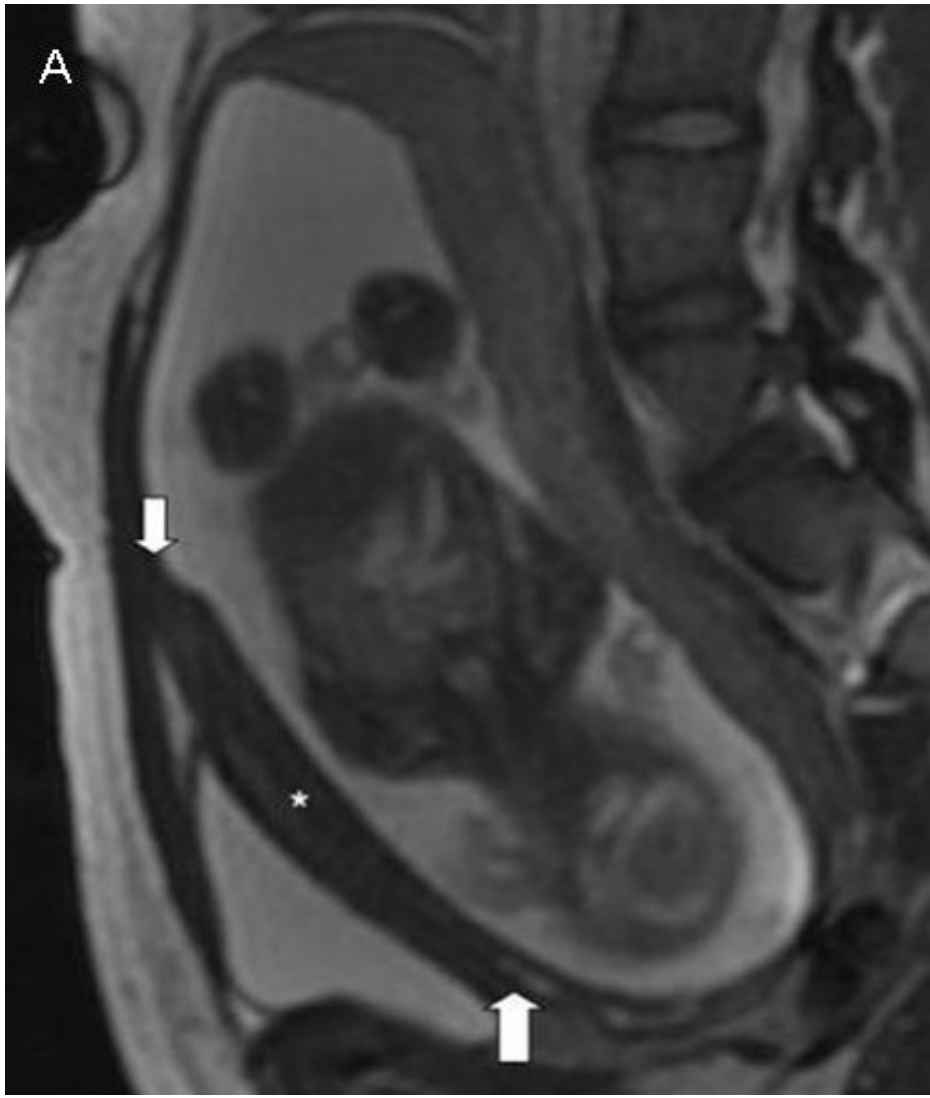
Varianten





DeLee JB. Displacements of the uterus. *The principles and practice of obstetrics*. W.B. Saunders Company, 1933; 438- 455.


Bladder
Urethra
Cervix


A

Symptome

- Insbesondere zwischen 12 -20 SSW
  - Bauchschmerzen
  - Gastrointestinale Beschwerden (Obstipation)
  - Flankenschmerzen
  - Bilaterale Hydronephrose
  - Akuter Harnverhalt
  - Überlaufblase

- Selten
  - Blaseninfektionen
  - Blasenischämie
  - Blasenruptur
  - Blasenatonie (Katheterisierung)

- Differentialdiagnosen
  - Appendizitis
  - Gallensteine, Nierensteine
  - Beschwerden des muskuloskeletalen Systems
  - Uterustorsion

Therapie

- I. und frühes II.Trimester
  - Manuelle Reposition
  - Vaginaler druck im hinteren Scheidengewölbe
  - Rektaler Druck (manuell/Koloskop) auf den Fundus
  - Anlage eines Arabin-Hodge Pessar (ca 16.SSW)

- II. /III.Trimester
  - Überwachung
  - kein operatives Aufrichten
  - Kontraktionen führen nicht zur Muttermunderweiterung
  - Risiko der Uterusruptur
  - Prim. Sectio caesarea mit ca. 36 SSW per Längslap. und hoher Uterotomie

Zusammenfassung

- Anamnese
- Vaginale Untersuchung
  - Zervix dislozierd oder nicht palpabel
- Sonographie
  - Zervix dislozierd und elongiert
  - Pseudo-Plazenta praevia
- MRT
- OP Planung (Längslap. und Umgehung der Blase)
- Wiederholungsrisiko

Charova et al; Incarcerated retroverted Uterus presenting as placenta praevia; J Obstet Gynaecol. 2008 Jul;28(5):537-9.

Vielen Dank

Schwangerschaftsverlauf

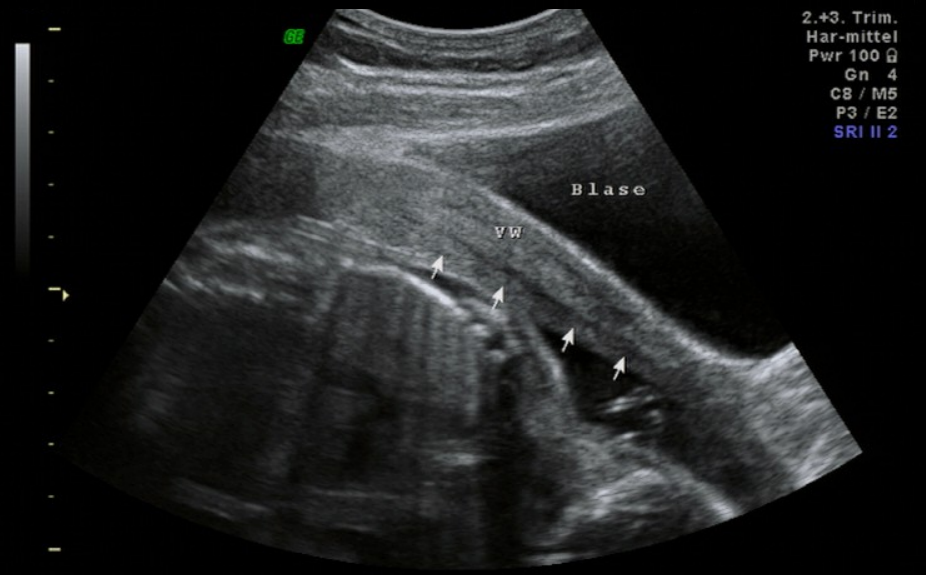
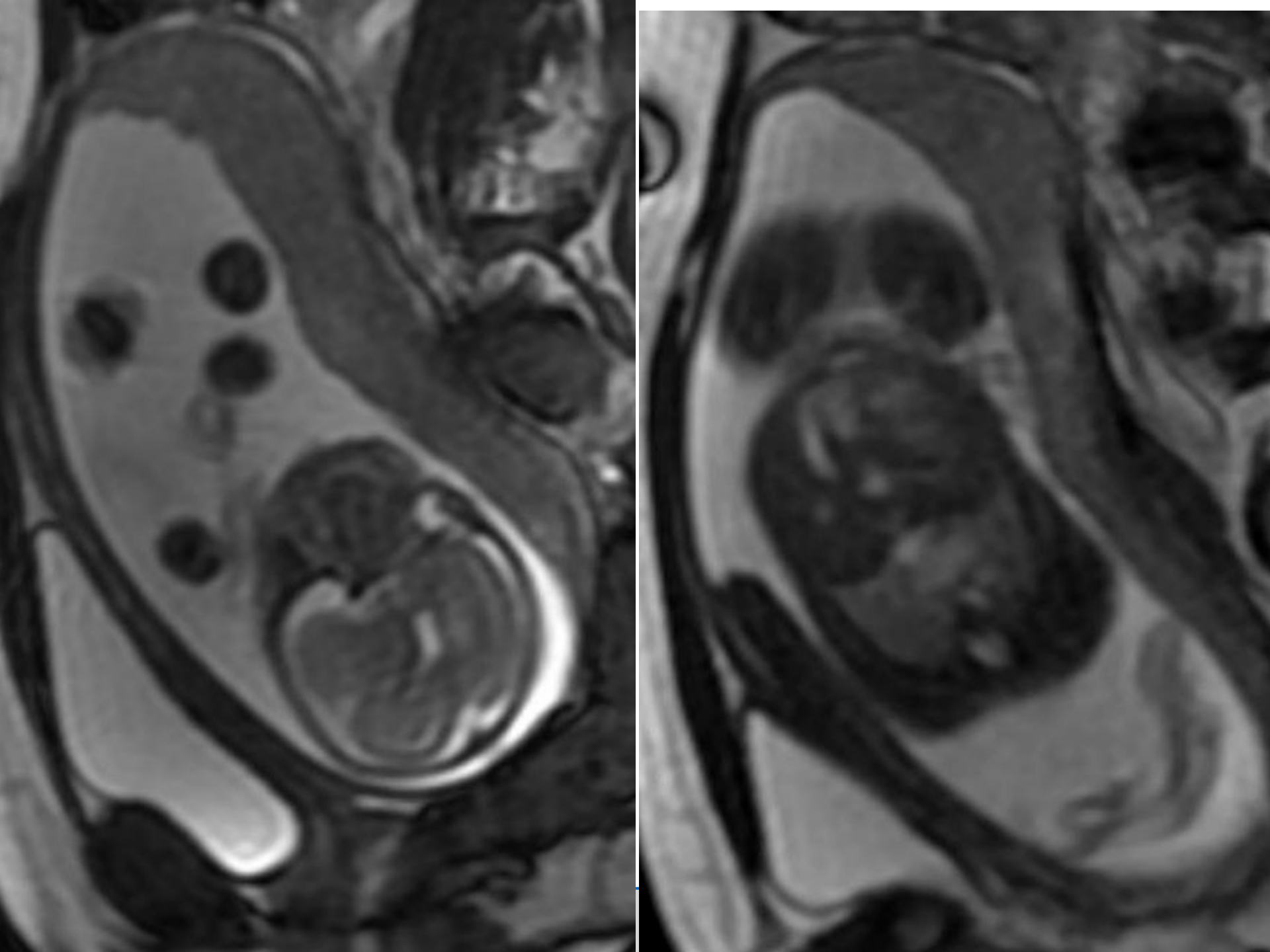
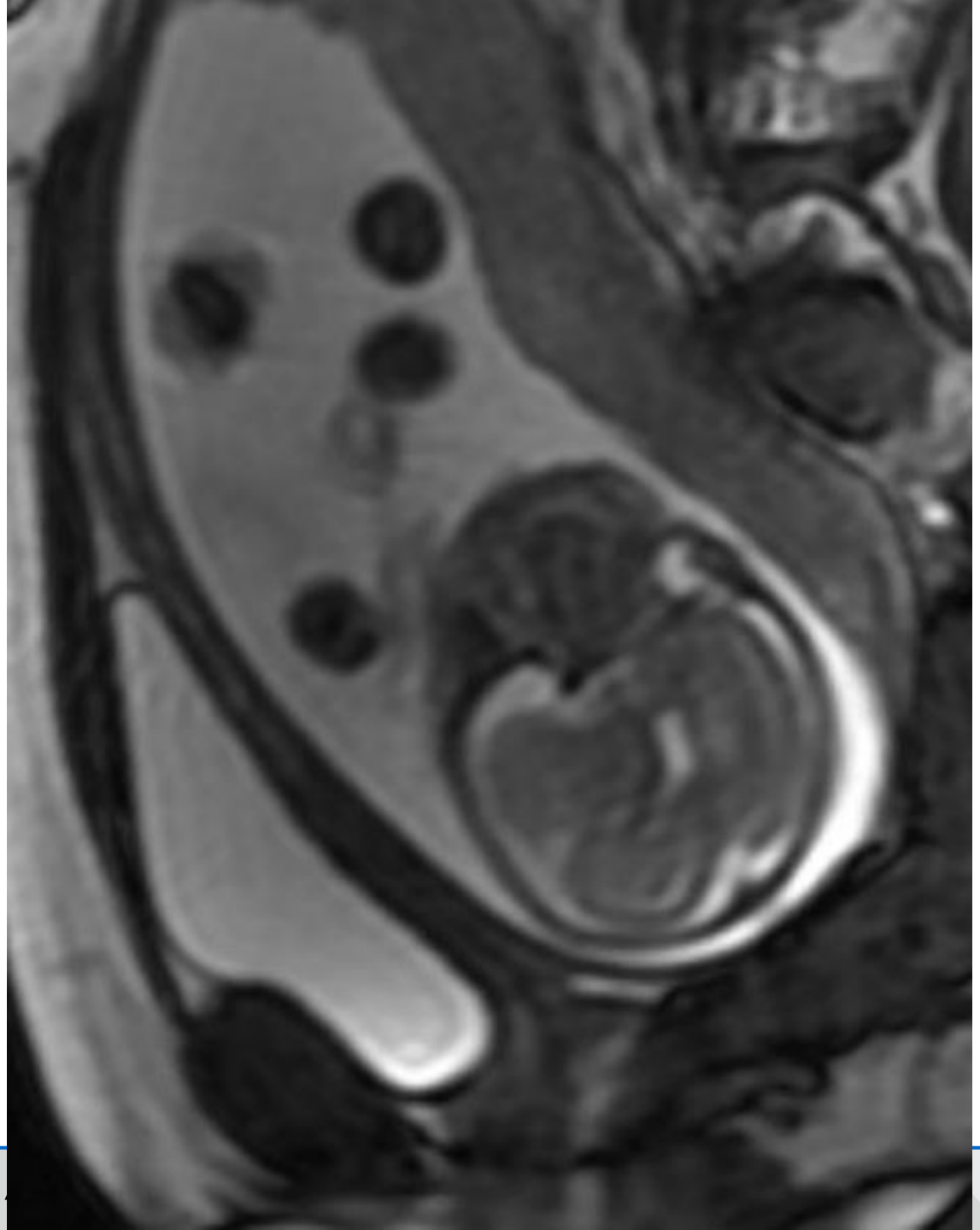
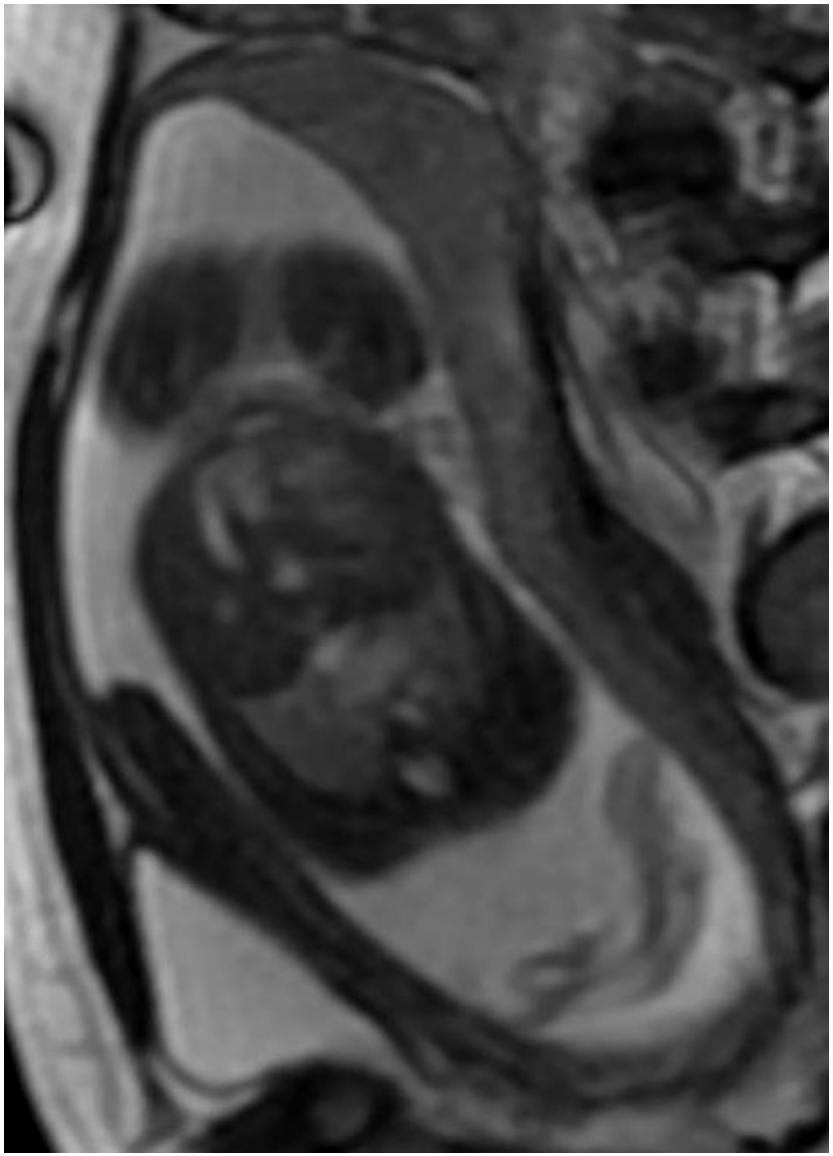
- 19+4 SSW Feindiagnostik:
  - Cx 30mm
  - A. uterina rechts mit erhöhten Impedanzen, links o.p.B.
- 20+2 SSW
  - Intermittierende Unterbauchbeschwerden unklarer Genese,
  - V.a.vorzeitige Zervixreifung mit ventraler Verlagerung der Zervix
  - Harnstau rechts I°
- 21+0 SSW
  - V.a. Appendicitis acuta, Appendektomie per Mini-Lap in 21+1 SSW
  - Harnstau rechts I°

Schwangerschaftsverlauf

- 23+2 SSW
- Vorstellung im CVK mit erneuten Unterbauchbeschwerden
- vagUS/Spekulum:
  - Zervix nicht darstellbar oder palpabel
  - VT: Schädel über Beckeneingang
- TVUS:
  - Zervix nicht eindeutig abgrenzbar
- Abdominale Sonographie:
  - Fet in BEL, SG 615g (50.Perzentile), Fundusplazenta
  - Zervix nach ventral verzogen und elongiert
  - A.uterina rechts mit erhöhten Impedanzen (PI 1.08 RI 0.62)
  - Harnstau I-II° beidseits
- MRT:
  - Cx ca 10cm elongiert, innerer MM zwischen Symphyse und Bauchnabel
  - Beckenmaße im Normbereich

Uterus
10.00
Pwr
G
C6
P3

2.+3. Trim.
Har-niedr.
Pwr 100
Gn 4
C8 / M5
P3 / E2
SRI II 2
Blase
Zervix
Fetus


2.+3. Trim.
Har-mittel
Pwr 100
Gn 4
C8 / M5
P3 / E2
SRI II 2
Blase
VW