



Vorgehen bei fortgeschrittener intramuraler Schwangerschaft

Ein Fallbericht

Alexandra Bacovsky

Ärztin in Weiterbildung

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Oberhavel Kliniken GmbH

Klinik Oranienburg, Robert-Koch-Str. 2–12, 16515 Oranienburg

Klinik Hennigsdorf, Marwitzer Str. 91, 16761 Hennigsdorf

Oberhavel Klinik Gransee GmbH, Meseberger Weg 12–13, 16775 Gransee

www.oberhavel-kliniken.de | klinik@oberhavel-kliniken.de





Literaturrecherche: Definition und Ätiologie

- Einnistung innerhalb des Myometriums ohne Verbindung zur Tube oder zum Endometrium des Cavum uteri (Bernstein 2001)
- Intramurale Schwangerschaften sind mit ca. 1% aller ektopen Schwangerschaften sehr selten (Ong 2010)
- Stattgehabte Operationen am Uterus, Adenomyosis uteri und Embryotransfer scheinen prädisponierend für intramurale ektipe Schwangerschaften zu sein (Karakök 2002, Choi 2009)



Literaturrecherche: Therapiestrategien

- MTX lokal und systemisch (Ong 2010)
- MTX systemisch (Bannon 2013)
- Laparoskopie mit Organerhalt (Wu 2013)
- Laparotomie mit Organerhalt (Lee 2005)
- Hysterektomie (Vagg 2018)



Anamnese und Untersuchung

- 35 Jahre, V G/ I P
- Z.n. 1x Sectio, Z.n. 3x Abort
- Einweisung bei V.a. Ovargravidität

Untersuchung:

- V.a. intramurale Schwangerschaft im rechten Tubenwinkel
- SSL entsprechend 7+2 SSW
- keine Herzaktion



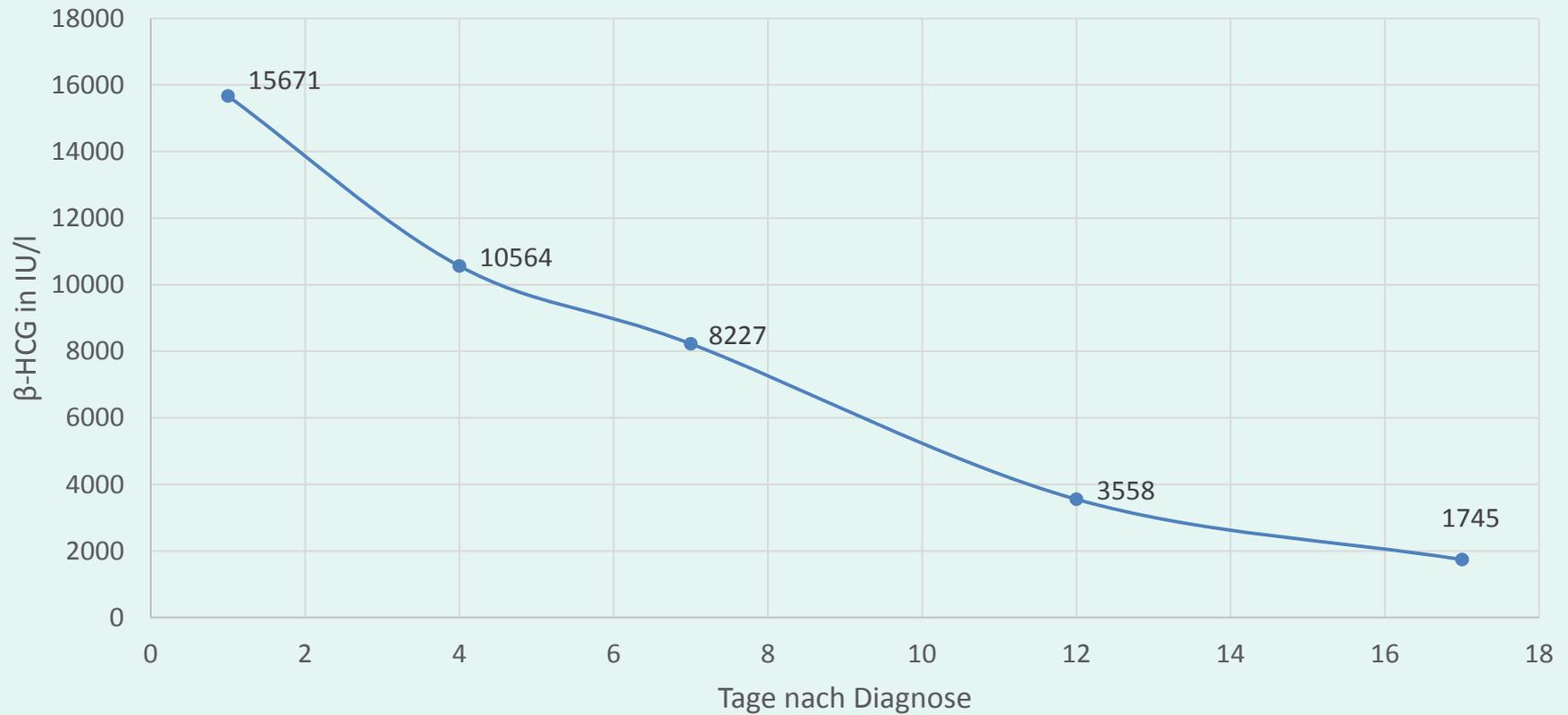
Sonographie





β -HCG-Kontrollen

β -HCG-Verlauf





Sonographie II





Verlauf I

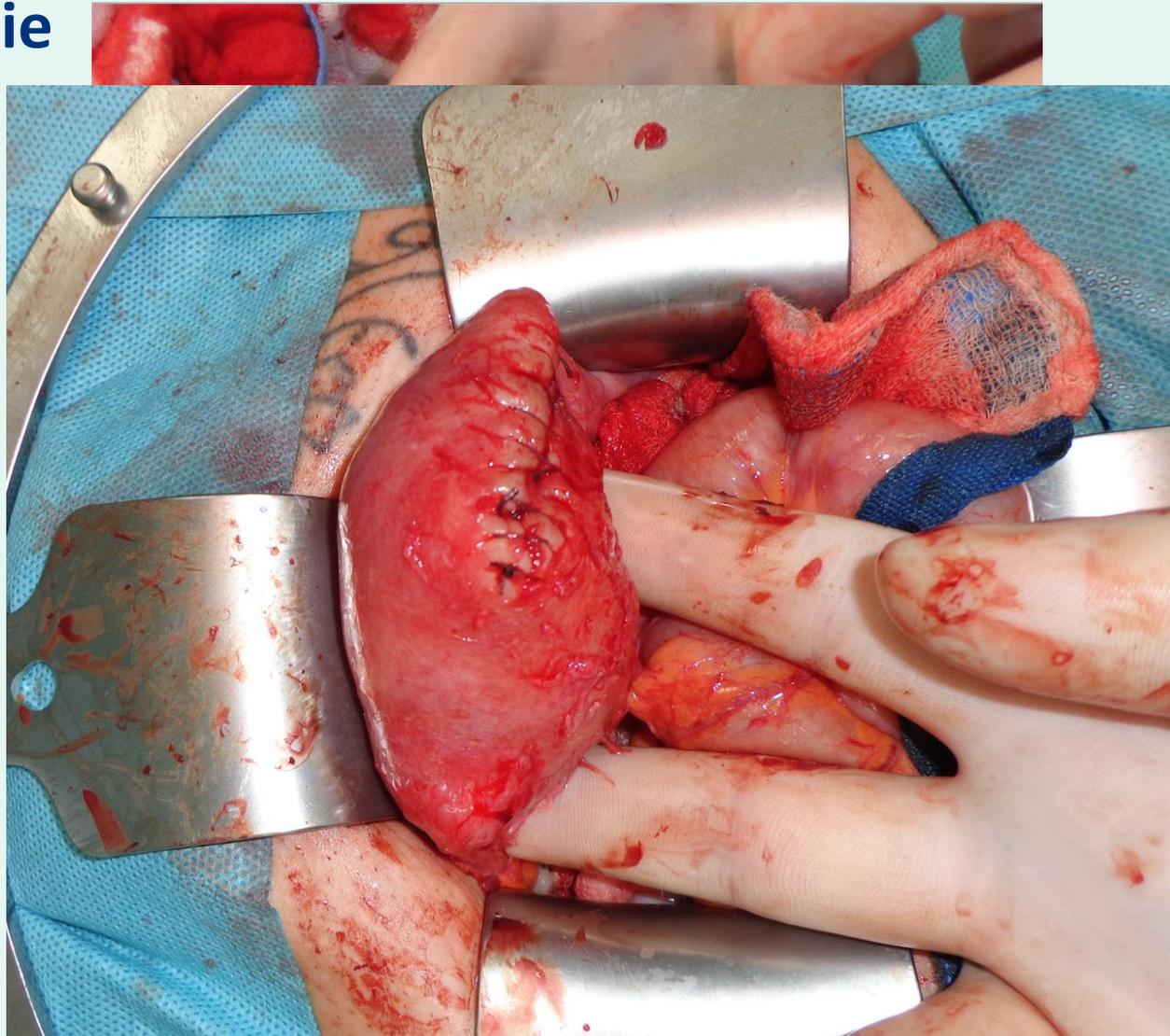
- zunehmende periodische Unterbauchschmerzen und vaginale Blutung

→ Entschluss zum operativen Procedere mit 3 Optionen:

- Laparoskopie mit Organerhalt
- ➔ • Laparotomie über alte postoperative Narbe bei Z.n. Sectio mit Organerhalt
- Hysterektomie



Laparotomie





Verlauf II

- Entlassung auf eigenen Wunsch am 3. postoperativen Tag
- β -HCG-Wert bei Entlassung: 79 IU/l



Fall 2



Anamnese

- 27 Jahre, IV G/ II P
- Z.n. 2x Spontanpartus in Afrika
- Z.n. Interruptio 2017 in Deutschland
- unauffällige Anamnese, unauffälliger Schwangerschaftsverlauf
- Einweisung bei Spätabort in der rechn. 20+3. SSW und vaginaler Blutung
- Mutterpass: Erstvorstellung 17. SSW



Sonographie I (abdominal)

TOSHIBA 20180307.160723.ID:20180307.160723.Name F 07.03.2018
 Xario 200 Oberhavel Kliniken Gyn OB 2 16:14:11

TOSHIBA 20180307.160723.ID:20180307.160723.Name F 07.03.2018
 Xario 200 Oberhavel Kliniken Gyn OB 2 16:15:00

TOSHIBA 20180307.160723.ID:20180307.160723.Name F 07.03.2018
 Xario 200 Oberhavel Kliniken Gyn OB 2 16:15:36

6C1
 T5.0
 25 fps
 G:79
 DR:70
 A:4
 P:3

Fetus A (dd.mm.yyyy)
 FL 24.1 mm (Hadlock) U/S GA 18 w 3 d U/S EDD 05.08.2018
 17 w 2 d

Fetus A (dd.mm.yyyy)
 AC

Fetus A (dd.mm.yyyy)
 BPD
 OFD
 HC(Cal.)

Fetus A (dd.mm.yyyy)
 AC

Fetus A (dd.mm.yyyy)
 BPD
 OFD
 HC(Cal.)



Sonographie II (transvaginal)





Gynäkologische Untersuchung

- regelstarke vaginale Blutung ex CK
- sonst unauffällige SpekulumEinstellung
 - CK verschlossen
- Sonographisch Einlingsgravidität in 18+5 SSW ohne Herzaktion
- Mazerierter Fetus
- Untypisches sonographisches Bild
 - lange Cervix
 - V.a. Plazenta praevia



Vorgehen I

- Priming mit Misoprostol 400 μ g (Cytotec) p.o. alle 4 Stunden
- Bereitstellung von 2 Erythrozytenkonzentraten
- Aufklärung für Nachkürettage
- Anästhesievorstellung für PDA und Allgemeinanästhesie



Verlaufskontrolle nach 3 Tagen Misoprostol p.o.





Vorgehen II

- Eskalation: Einlage Dinoproston-Vaginalinsert (Propess)
 - Patientin entwickelt starke Schmerzen im Unterbauch
 - vaginale Blutung verstärkt
- Verlegung in den Kreißsaal
- Legen eines PDKs
- Monitoring



Verlauf

- Verdopplung der Entzündungsparameter über Nacht
- Temperaturanstieg
- Entwicklung eines akuten Abdomens mit Abwehrspannung
- Vitalparameter: 140/90 mmHg, HF 95/min



Sonographie

Abdominalsonographie:

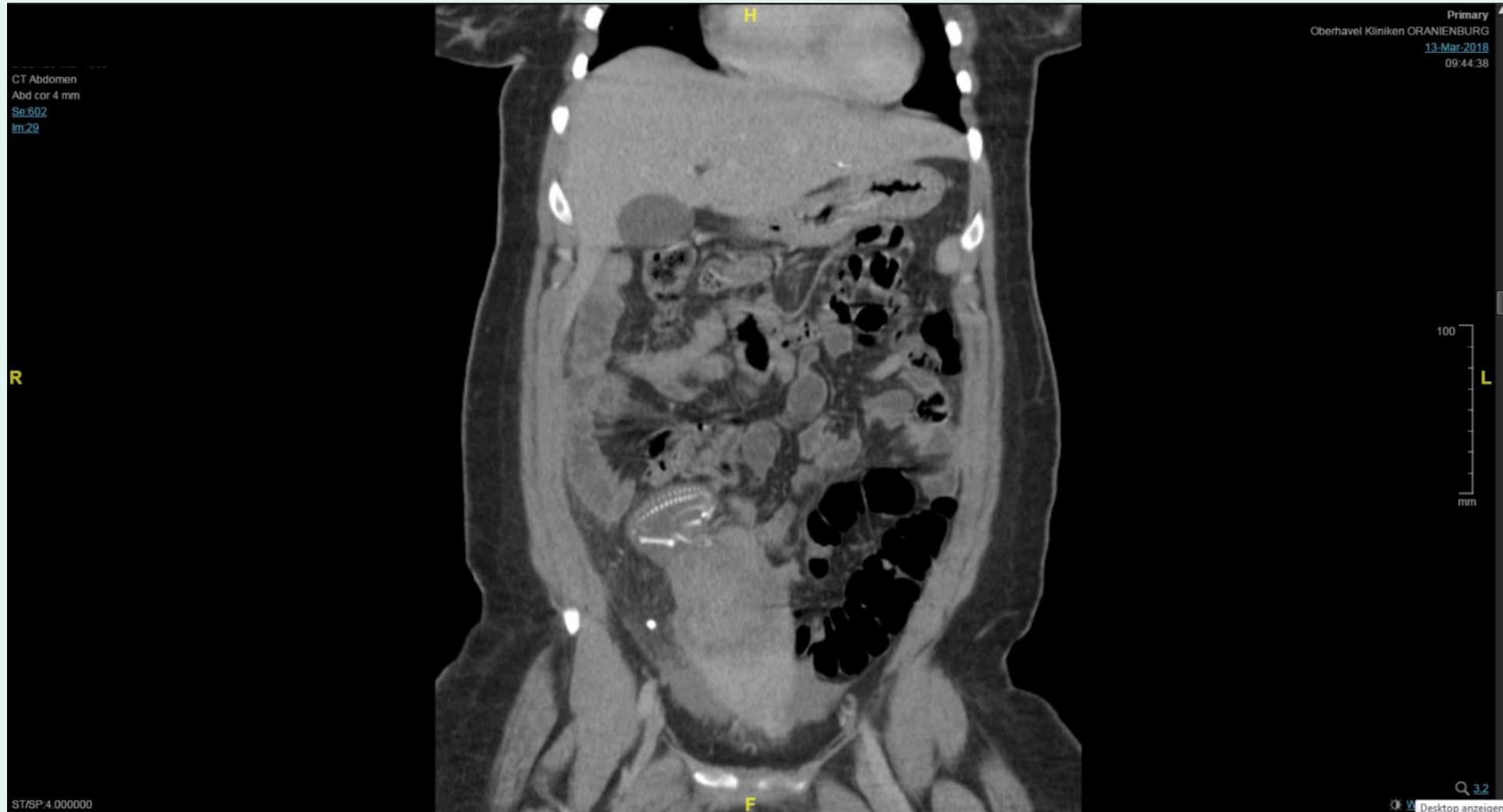
- Fetus nicht mehr intrauterin
- Fundus nicht darstellbar, schlechte Sichtverhältnisse

Transvaginalsonographie:

- Uterus im mittleren und unteren Drittel leer
- Fundus nicht darstellbar
- wenig freie Flüssigkeit im Douglas

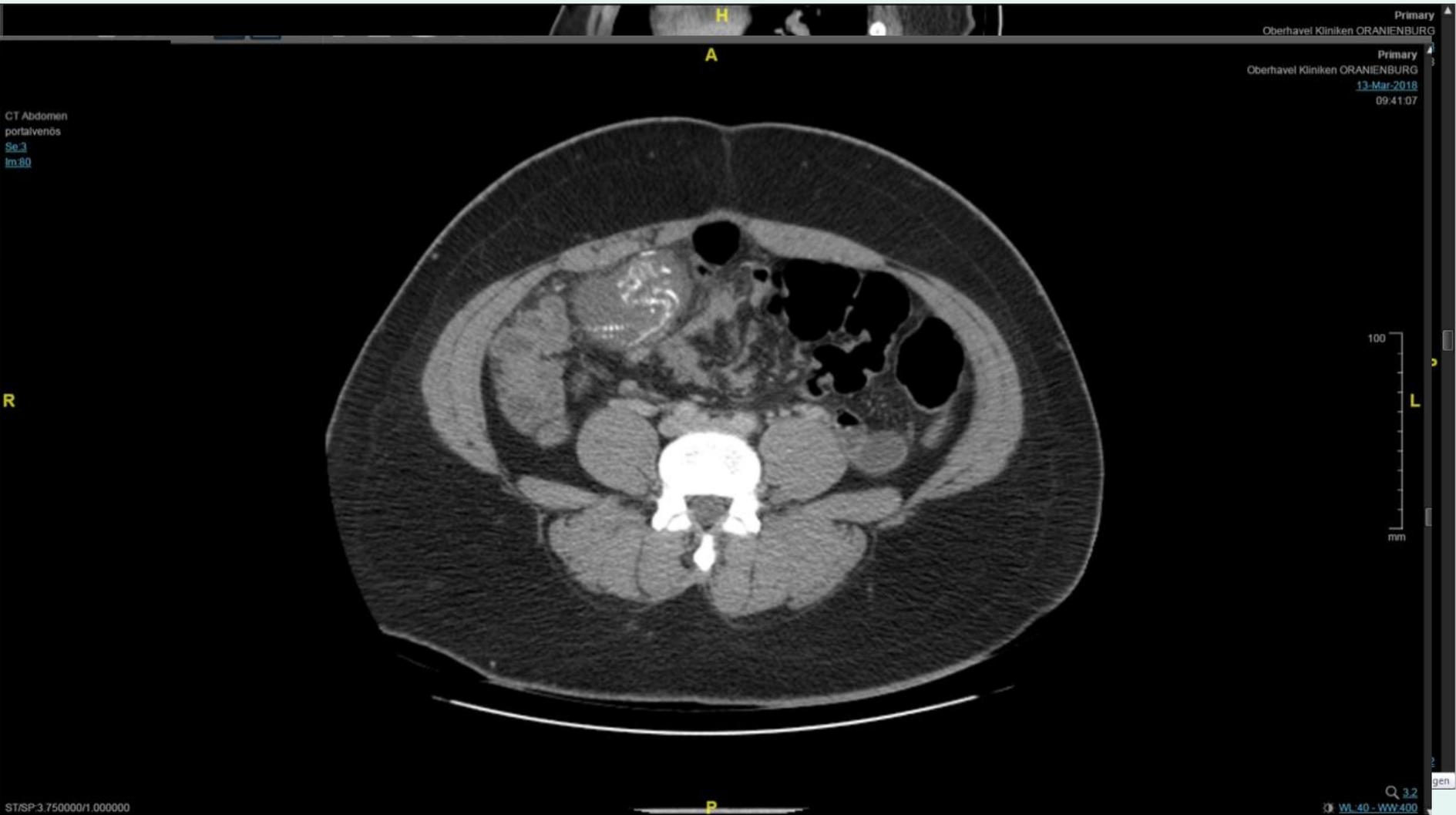


CT-Abdomen nativ I



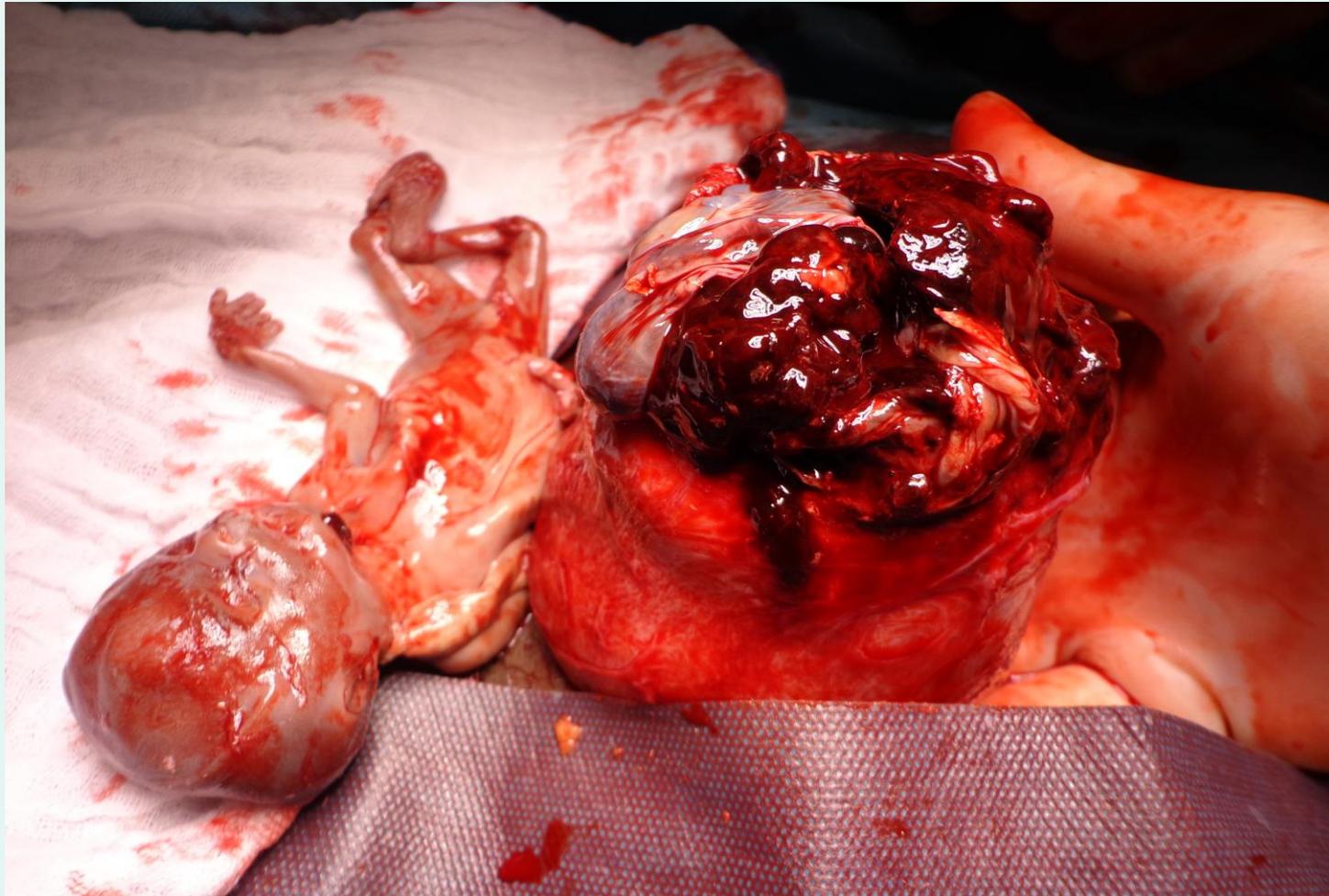


CT-Abdomen nativ II





Laparotomie





Laparotomie





Postoperative Transvaginalsonographie





Verlauf

- Postoperative Antibiose mit Cefuroxim und Metronidazol für insgesamt 7 Tage
- Entlassung am 6. postoperativen Tag

Nachstationäre Vorstellung:

- beschwerdefreie Patientin, reizlose Wundverhältnisse



Diskussion und Literatur I

- die Diagnose einer intramuralen Schwangerschaft kann sonographisch (v.a. mittels TVS!), (hysteroskopisch) oder mittels MRT gesichert werden (Kirk 2013)
- bei fortgeschrittenen intramuralen Schwangerschaften ist die Diagnose schwierig und ein MRT kann den Verdacht bestätigen (Long 2017)
- Gefürchtete Komplikationen sind die Ruptur, (intraabdominale) Blutungen bis hin zum hypovolämischen Schock und die Not-Hysterektomie (Bannon 2013, Memtsa 2013)



Diskussion und Literatur II

- das therapeutische Procedere bleibt eine individuelle Entscheidung (Memtsa 2013)
 - Diagnosezeitpunkt
 - Sitz der intramuralen Schwangerschaft
 - Kinderwunsch
 - vitale Gefährdung/ Beschwerden



Quellen

- Ong, C. , Su, L. , Chia, D. , Choolani, M. and Biswas, A. Sonographic diagnosis and successful medical management of an intramural ectopic pregnancy. *J. Clin. Ultrasound*. 2010;38: 320-324.
- Karakök M, Balat O, Sari I, Kocer NE, Erdogan R. Early diagnosed intramural ectopic pregnancy associated with adenomyosis: report of an unusual case. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*. 2002;29(3):217-8.
- KongLong, MaoNing, ShiYinghong, MaHeng, XieHaizhu. Diagnosis and management of intramural ectopic pregnancy in the second trimester—a case report. *BJR|case reports*. 2017;3(4):20160095.
- choi 2009
- Memtsa M, Jamil A, Sebire N, Jauniaux E, Jurkovic D. Diagnosis and management of intramural ectopic pregnancy. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2013;42(3):359-62.
- Bernstein HB, Thrall MM, Clark WB. Expectant management of intramural ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 2001; **97**: 826–7.
- Lee GS, Hur SY, Kown I, Shin JC, Kim SP, Kim SJ. Diagnosis of early intramural ectopic pregnancy. *Journal of clinical ultrasound : JCU*. 2005;33(4):190-2.
- Wu PJ, Han CM, Wang CJ, Lee CL. Early detection and minimally invasive management of intramural pregnancy. *Journal of minimally invasive gynecology*. 2013;20(1):123-6.
- Vagg D, Arsala L, Kathurusinghe S, Ang WC. Intramural Ectopic Pregnancy Following Myomectomy. *J Investig Med High Impact Case Rep*. 2018;6:2324709618790605.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Oberhavel Kliniken GmbH, Marwitzer Straße 91, 16761 Hennigsdorf

Klinik Oranienburg, Robert-Koch-Straße 2–12, 16515 Oranienburg

Klinik Hennigsdorf, Marwitzer Straße 91, 16761 Hennigsdorf

Oberhavel Klinik Gransee GmbH, Robert-Koch-Straße 2–12, 16515 Oranienburg

Klinik Gransee, Meseberger Weg 12–13, 16775 Gransee

Oberhavel Gesundheitszentrum GmbH, Robert-Koch-Straße 2–12, 16515 Oranienburg

Medizinisches Versorgungszentrum an der Klinik Oranienburg, Robert-Koch-Straße 2–12, 16515 Oranienburg

Medizinisches Versorgungszentrum Gransee, Meseberger Weg 12–13, 16775 Gransee

Poliklinik an der Klinik Hennigsdorf, Marwitzer Straße 91, 16761 Hennigsdorf

Rettungsdienst Oberhavel GmbH, Robert-Koch-Straße 2–12, 16515 Oranienburg

Medizinische Betriebs- und Service GmbH, Robert-Koch-Straße 2–12, 16515 Oranienburg

Stationäres Hospiz Oberhavel GmbH, Robert-Koch-Str. 2–12, 16515 Oranienburg