

Redaktion

R. Kreienberg, Ulm

H. Köhler · D. Passweg

Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli, Zürich, Schweiz

Die Inzidenzfalle

Anamnese

Eine 32-jährige Patientin stellte sich in unserer gynäkologischen Ambulanz mit leichtgradigen diffusen Unterbauchschmerzen und Diarrhö vor. Sie hatte sich vor 2 Wochen einer Abort-Kürettage bei „missed abortion“ (sicher intrauterin lokalisiert) in der damals 7. SSW in einem anderen Spital unterziehen müssen. Der operative Eingriff sowie die postoperative Kontrolle seien unauffällig gewesen. Aktuell stand die Patientin unter einem Ovulationshemmer. Bis auf eine problemlose Spontangeburt vor knapp 2 Jahren fanden sich keine Auffälligkeiten in der gynäkologisch-geburtshilflichen Anamnese.

Befund

Es präsentierte sich eine schlanke, blasse Patientin mit Druckdolenz im Unterbauch ohne Abwehrspannung. Rege Darmgeräusche. Befunde der gynäkologischen Spekulumuntersuchung und Palpation waren bis auf einen leichten Portio-Schiebeschmerz unauffällig. Keine Blutung. Der native Abstrich war sauber. Im Transvaginalsonogramm zeigte sich ein normal großer anteflektierter Uterus mit leerem Cavum uteri und schmalem Endometrium (■ **Abb. 1a**). Im Bereich des linken Ovars stellte sich eine 1 cm große echoleere zystische Raumforderung dar, die als persistentes Corpus luteum gedeutet wurde (■ **Abb. 1b**). Keine freie Flüssigkeit im Douglas-Raum. Hämoglobin 13,1 g/dl, C-reaktives Protein (CRP) 11,9 mg/l, β HCG 1933 IU/l. Bei rückläufigen klinischen Be-

schwerden wurde die Patientin entlassen. Eine Wiedervorstellung wurde für den Fall wieder zunehmender Beschwerden vereinbart.

Verlauf

Vier Stunden nach Entlassung stellte sich die Patientin erneut vor, ihr Kreislaufzustand war instabil. Die Schmerzintensität hatte deutlich zugenommen, es bestand eine Ausstrahlung in die rechte Schulter. Die Hämoglobinkonzentration betrug nun 6,1 g/dl. Im Abdominalsonogramm zeigte sich bis in den Morrison-Pouch reichende freie Flüssigkeit (■ **Abb. 2**). Bei der wiederholten Anamneseerhebung berichtete die Patientin, dass die Schwangerschaft unter Stimulation mit Clomifen eingetreten sei. Die dringende Laparoskopie wurde indiziert.

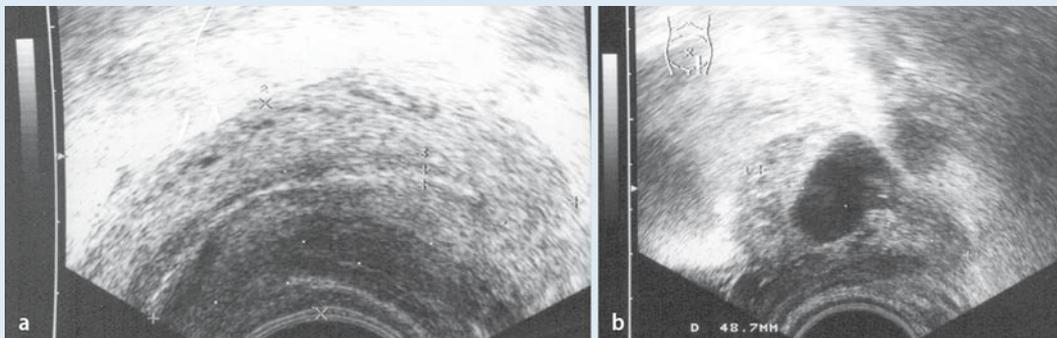


Abb. 1 ◀ **a** Transvaginalsonogramm Uterus; **b** Transvaginalsonogramm Ovar links



Abb. 2 ◀ Abdominalsonogramm Morrison-Pouch

Ihre Diagnose? ▶

▣ Diagnose: Rupturierte heterotope Tubargravidität

Intraoperativ wurde eine stark aufgetriebene linke Tube mit Ruptur und konsekutiver aktiver Blutung dargestellt (▣ **Abb. 3**). Etwa 2 l freies Blut wurden abgesaugt. Es erfolgte eine Salpingektomie links. Die rechte Adnexe war unauffällig.

Diskussion

Bei Status nach behandelter „missed abortion“ wurde bei der ersten Konsultation eine entzündliche Genese der Schmerzen vermutet. Bei der zweiten Konsultation erwähnte die Patientin dann ein kleines, für die Diagnosefindung aber entscheidendes anamnestisches Detail: Die ak-

tuelle Schwangerschaft sei nicht spontan eingetreten, sondern erst nach Stimulation mit Clomifen.

◉ Nach assistierter Reproduktion ist die Inzidenz der heterotopen Schwangerschaft höher

Es ist bekannt, dass nach assistierter Reproduktion (vor allem nach Transfer mehrerer Embryonen, aber auch nach Follikelstimulation) die Inzidenz der heterotopen Schwangerschaft von etwa 1:30.000 auf 1,5:1000 steigt [1, 2, 3]. Somit erreicht das extrem seltene Krankheitsbild der hetero-

topen Schwangerschaft in dieser speziellen Subpopulation eine relevante Häufigkeit.

Das bei der Erstkonsultation noch deutlich erhöhte β -HCG ist durch die Tubargravidität erklärt. Zunächst wurde dieser Laborwert noch im Zusammenhang mit der therapierten „missed abortion“ gesehen. Retrospektiv gesehen war dieser Zusammenhang falsch.

Fazit für die Praxis

Bei zunehmender Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Techniken muss bei unklaren Verläufen von frühen Schwangerschaften an die heterotope Gravidität gedacht werden. Diese spezielle Form der extrauterinen Schwangerschaft ist bei dieser Subpopulation nicht mehr der seltene Kolibri, sondern ein häufiger Spatz.

Bei der Schwangerschaftsanamnese ist explizit nach reproduktionsmedizinischen Maßnahmen zu fragen.

Korrespondenzadresse

Dr. H. Köhler
Frauenklinik Maternité,
Stadtspital Triemli
Birmensdorferstr. 497,
8063 Zürich, Schweiz
helge.koehler@triemli.stzh.ch

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF et al. (1983) Combined intrauterine and extrauterine gestations: a review. *Am J Obstet Gynecol* 146: 323
2. Tal J, Haddad S, Gordon N, Timor-Tritsch I (1996) Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971–1993. *Fertil Steril* 66: 1
3. Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, Jamieson DJ (2007) A comparison of heterotopic and intrauterine-only pregnancy outcomes after assisted reproductive technologies in the US from 1999 to 2002. *Fertil Steril* 87: 303



Abb. 3 ◀ Intraoperativer Situs: **a** klinisches Bild; **b** Zeichnung