

Zbl. Gynäk. 94 (1972) 1569—1575

Aus der Frauenklinik und Hebammenlehranstalt der Universität Kiel
(Direktor: Prof. Dr. med. K. S e m m)

Kasuistischer Beitrag zur Zuverlässigkeit und Gefahr der Intrauterin pessare

Von E. Philipp und W. Luh

Mit 3 Abbildungen

Zusammenfassung: An Hand von klinischen Beispielen wird zur Frage der Zuverlässigkeit von Intrauterin pessaren als Antikonzeptivum Stellung genommen. Die Leistung eines IUD läßt sich nur dann ausreichend beurteilen, wenn neben den Angaben über Anwendungsjahre Hinweise über Ovulations- und Kohabitationstermin vorliegen.

Die Einlage eines IUD ohne nachfolgende regelmäßige fachärztliche Kontrollen der Patientin ist abzulehnen, da, wie an Hand eines Beispiels gezeigt wird, Malignome der Gebärmutter wegen einer Fehleinschätzung der Frühsymptomatik des Tumors zu spät erkannt werden. Ob bei langer Liegedauer eines Pessars ein Korpuskarzinom induziert werden kann, erscheint auf Grund des vorgelegten Falls zumindest denkbar.

Die Verhütung unerwünschter Schwangerschaften mit dem Ziel einer bewußten Familienplanung ist ein gesellschaftliches Problem. Medizinische Indikationen im Sinne einer Abwendung von Gefahren für das Leben der Frau durch Verwendung kontrazeptiver Mittel treten dagegen in den Hintergrund.

Unter den sogenannten mechanischen Verhütungsmitteln nehmen die Intrauterin pessare (IUD) eine Sonderstellung ein:

1. Die Anwendbarkeit ist an einen ärztlichen Eingriff gebunden.
2. Lageveränderungen, z. B. bei Spontanausstoßung, sind, soweit sie überhaupt bemerkt werden, von der Pessarträgerin nicht korrigierbar.
3. Der unmittelbare Kontakt des IUD mit der in der Tiefe des weiblichen Genitale gelegenen hoch funktionierenden Schleimhaut, die der unmittelbaren Kontrolle nicht zugänglich ist, kann zu einer gefährlichen Fehleinschätzung von Symptomen führen, die eventuell durch das IUD verursacht werden.

Zwei Fragen sollen im folgenden an Hand von Beispielen, die sich innerhalb eines Jahres an der Universitäts-Frauenklinik Kiel ereignet haben, diskutiert werden:

1. Sind die Angaben im Schrifttum über die Zuverlässigkeit von Intrauterin pessaren bindend verwertbar?
2. Worin bestehen die unmittelbaren und mittelbaren Gefahren der Konzeptionsverhütung durch Intrauterin pessare?

Zu 1.: Aus der Literatur der letzten Jahre ist zu entnehmen, daß bei kontrollierter Anwendung des IUD mit einer Schwangerschaftsrate zwischen 0,9 und 3,7 auf 100 Anwendungsjahre gerechnet werden muß [4, 9, 16, 17, 23]. — Vergleichende Untersuchungen zeigen, daß damit offenbar die Zuverlässigkeit der Konzeptionsverhütung derjenigen bei Anwendung ovulationshemmender Methoden zu entsprechen scheint [2, 14, 18, 22].

Bemerkenswert erscheint dagegen die Feststellung von T i e t z e [21], daß die Versagerquote des IUD um so höher liegt, je länger die Anwendungsdauer ist. So fand sich bei einer Beobachtungszeit von 2 Jahren eine Schwangerschaftsrate von 4%. Bei 3jähriger Beobachtungszeit stieg die Schwangerschaftsquote auf 5,3%.

In ähnlicher Weise konnte 1966 H a l l [6] an 2375 Pessarträgerinnen zeigen, daß ein Anwachsen der Versagerquote mit zunehmender Dauer der IUD-Anwendung

erfolgt. Über einen Beobachtungszeitraum von 23 Monaten bei einer Gesamtzahl von 20 444 Zyklen traten in 136 Fällen Schwangerschaften ein, wobei ein kumulativer Anstieg über die gesamte Beobachtungsdauer zu verzeichnen war.

Über die Wirkungsweise der Intrauterin pessare herrscht noch keine einhellige Meinung. — Ob Terrainstörungen [12] infolge einer latenten unspezifischen Endometritis oder eine tubare Hyperperistaltik, die von Kelly und Marston [11] auf Grund von Tierversuchen abgelehnt wird, die Nidation des befruchteten Eies verhindern, läßt sich noch nicht schlüssig beweisen.

Die Konjugation von Eizelle und Spermium wird durch das IUD nicht verhindert. Daraus folgt, daß der Grad der „Leistungsfähigkeit“ der Intrauterin pessare unseres Erachtens nur dann zu beurteilen ist, wenn das Pessar Gelegenheit bekommt, seine Funktion zu beweisen, d. h., wenn eine Konjugation der Gameten stattgefunden hat. Miteinander korrelierbare Vergleichsuntersuchungen über die Zuverlässigkeit von Ovulationshemmern und Intrauterin pessaren sind nur dann aussagekräftig, wenn ein Kollektiv von etwa gleichaltrigen Pessarträgerinnen mit erwiesenem und während der Beobachtungszeit laufend bestätigtem biphasischem Basaltemperaturverlauf unter Angabe des Kohabitationstermins und der Kohabitationsfrequenz einer vergleichbaren Altersgruppe von Frauen gegenübergestellt wird, die einen Ovulationshemmer verwenden. Diese oben genannten Forderungen sind in den uns zugänglichen Veröffentlichungen über den Wert der Intrauterin pessare bei Geburtenregelungen nicht berücksichtigt.

Da, wie histologische Untersuchungen gezeigt haben [6, 12], durch den Fremdkörperreiz des Pessars am Endometrium unterschiedlich starke Reaktionen hervorgerufen werden, die z. T. die Implantation des befruchteten Eies durchaus zulassen, ist damit zu rechnen, daß die Zahl der eingetretenen Schwangerschaften weitaus höher liegt, als sie dem angegebenen Pearl-Index beim IUD entspricht, zumal eine phasengerechte Entwicklung am Endometrium während des Zyklus abläuft. Damit aber sind Intrauterin pessare in die Reihe der Abortiva einzuordnen. In bezug auf die sich daraus ergebenden Gefahren für die Frau hat Hörmann [7] 1965 betont, daß die Möglichkeit der Schädigung einzelner Frauen zugunsten eines allgemeinen Ziels nicht in Kauf genommen werden darf. Darüber hinaus stellt die Zahl der im Schrifttum mitgeteilten Schwangerschaften bei intrauterin liegendem Pessar die Bestrebungen nach einer kontrollierten Geburtenregelung mit Hilfe der intrauterinen Antikonzeptiva bei drohender Überbevölkerung in Frage.

Kas uistik

Bei den von uns beobachteten 2 Fällen von ausgetragener Schwangerschaft bei Intrauterin pessar handelte es sich einmal um eine 24jährige III.-para, die sich 14 Monate vor der Empfängnis ein IUD hatte einlegen lassen. Störungen vor oder während der Schwangerschaft, die auf das Pessar hätten zurückgeführt werden müssen, waren nicht aufgetreten. Die Entbindung von einem 3270 g schweren und 49 cm großen Knaben 6 Tage nach dem errechneten Geburtstermin erfolgte ohne Komplikationen. Bei Ausstoßung der Sekundinae fand sich in den Eihäuten, etwa 3 cm vom Plazentarrand entfernt, eine Margulies-Spirale, die sich zur Hälfte in die freie Amnionhöhle hindurchgebohrt hatte (Abb. 1 a). Histologische Untersuchungen im Bereich der Implantationsstelle zeigten keine reaktiven Zeichen von seiten der Eihäute.

Im 2. Fall wurde eine Schwangerschaft von einer 29jährigen III.-para störungsfrei ausgetragen, die nach eigenen Angaben 19 Monate vor dem Empfängnisternin erstmalig sich ein IUD hatte einlegen lassen. 3 Tage vor dem errechneten Termin erfolgte die Spontangeburt eines 3340 g schweren und 51 cm großen Mädchens aus I. Hinterhauptslage. In den Eihäuten, unmittelbar neben dem Rand der Plazenta, fand sich eine Lippen-Schleife. Auch hier hatte das IUD das Amnion teilweise durchbohrt (Abb. 1 b). In beiden Fällen verlief die Nachgeburtsperiode ohne Komplikationen.



Abb. 1. Margulies-Spirale (a) und Lippes-Schleife (b) in den Eihäuten bei jeweils ausgetragener Schwangerschaft. Beide Pessare haben z. T. das Amnion durchbohrt

Auf die Frage nach der Kohabitationshäufigkeit gaben beide Frauen eine Frequenz von 7 bis 8 pro Woche während der Dauer der intrauterinen Pessaranwendung an.

Zu 2.: Am 15. 5. 1935 wurde durch Beschluß der Berliner Medizinischen Gesellschaft die Anwendung der Intrauterin pessare als fahrlässige Handlung abgelehnt. — Damit wurde ein vorläufiger Schlußstrich unter eine Entwicklung gezogen, die um 1870 begonnen hatte [20] und die in den nachfolgenden Jahren durch Berichte über schwerste körperliche Schäden der betroffenen Frauen oft mit letalem Ausgang gekennzeichnet war. Die unmittelbare Gefährdung bestand in der ascendierenden Infektion sowie in der Penetration und Perforation der Uteruswandung mit nachfolgender Peritonitis.

Bis 1935 hatte G e s e n i u s [1] aus der Literatur 445 schwere Schädigungen mit 41 tödlichen Verläufen zusammengestellt. Die Dunkelziffer jener Zeit ist unbekannt.

Es ist nicht Aufgabe der vorliegenden Arbeit, alle jene deletären Folgen der damals verwendeten sogenannten Stift-Pessare aufzuzählen. Ausführliche Literaturangaben über dieses Kapitel finden sich bei G e s e n i u s [1]. Die Suche nach geeigneteren

Intrauterinpressaren führte über den sogenannten Gräfenberg-Ring [3], der die gefährliche, zur Aszension führende Verbindung zwischen keimbessedelter Vagina und keimfreier Uterushöhle vermied, zu den heute gebräuchlichen, weitgehend gewebe-freundlichen Polyäthylen-Pessaren. Wenngleich die Gefahr einer Infektion durch steriles Hantieren bei der Einlage gebannt zu sein scheint, so bleibt zu bedenken, daß Intrauterinpressare z. T. als echte Abortiva am Ort des Eibettes wirken, woraus eine mittelbare Gefahr der Trägerin erwächst.

Auf der 67. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Gynäkologie warnte H u b e r [8] im Rahmen einer Diskussion vor der Anwendung intrauteriner Anti-konzeptiva, da bei langer Liegedauer eines IUD infolge lokaler Reizung des Endo-metriums die Entstehung eines Karzinoms möglicherweise begünstigt wird. Er verwies dabei auf Beobachtungen an Vaginalkarzinomen, die durch lange Zeit unkontrolliert gebliebene Scheidenpressare in Dekubitalulzerationen entstanden waren.

Zur Frage der Entstehung eines Korpuskarzinoms infolge langfristig liegender Intrauterinpressare waren bereits vorher einzelne Publikationen erschienen.

v. M i k u l i c z - R a d e c k i [15] berichtete 1960 über eine 60jährige Patientin, bei der 32 Jahre vor der Diagnose eines Korpuskarzinoms ein Gräfenberg-Ring eingelegt worden war.

S c h ü r m a n n [19] fand bei einer 81jährigen Greisin, die nachweislich 43 Jahre lang ein Hollweg-Spreizpessar getragen hatte, ein progredientes Kollumkarzinom. — Beide Autoren halten einen Zusammenhang zwischen Tragdauer des IUD und der Entstehung des Karzinoms nicht für erwiesen, sondern glauben an ein zufälliges Zusammentreffen zweier inkohärenter Faktoren. Ähnliche Ansichten werden im anglo-amerikanischen Schrifttum vertreten [10, 13].

In allen Fällen handelte es sich um Frauen in einem Lebensalter, in dem ohnehin das Korpuskarzinom gehäuft auftritt. Die kritische Ablehnung eines Zusammenhangs zwischen IUD und Krebsentstehung erscheint in diesen Fällen berechtigt.

Der von uns beobachtete Fall nimmt dagegen in dieser Zusammenhangsfrage aus mehreren Gründen eine Sonderstellung ein.

K a s u i s t i k

Eine 46jährige Frau kommt wegen metrorrhagischer Blutungen in der Postmenopausenpause zur Aufnahme.

A n a m n e s e : Keine wesentlichen Vorerkrankungen.

Menarche mit 13 Jahren. 3 Partus (1941, 1942, 1944), jeweils glatter Verlauf. 2 Abortus (1946 mens. III, 1947 mens. III), jeweils Nachräumung mit komplikationlosem Verlauf. 1948 läßt sich die Patientin in Berlin ein Intrauterinpessar einlegen. In den folgenden Jahren kommt es zu hartnäckigen Fluorbeschwerden. Den behandelnden Ärzten verschweigt sie, daß sie Pessarträgerin ist. Menopause 1970. Wegen klimakterischer Ausfallsbeschwerden werden konjugierte Östrogene verordnet. Der Fluor, der zeitweilig eine gelblich-bräunliche Farbe zeigt, wird von der Patientin nicht mehr als störend empfunden.

Bei der Aufnahme bestehen regelstarke Blutungen ex utero, die bereits seit 4 Wochen anhalten.

Die histologische Diagnose des durch Abrasio gewonnenen Materials ergibt ein adeno-papilläres Korpuskarzinom.

Es wird eine abdominale Totalexstirpation des Uterus unter Mitnahme beider Adnexe durchgeführt.

Der ventral aufgeschnittene Uterus zeigt einen kastaniengroßen, gestielten, exophytisch wachsenden Tumor (Abb. 2 a), der im Bereich der rechten Tubenecke an der Uterushinterwand entspringt. Nach Entfernung des Tumors wird ein Gräfenberg-Ring sichtbar (Abb. 2 b), der, in bröcklig weiße Tumormassen eingebettet, in der rechten Tubenecke haftet. Das gesamte Kavum, mit Ausnahme des linken Tubeneckenbereichs, ist bis zum inneren Muttermund von Tumorgewebe ausgekleidet.

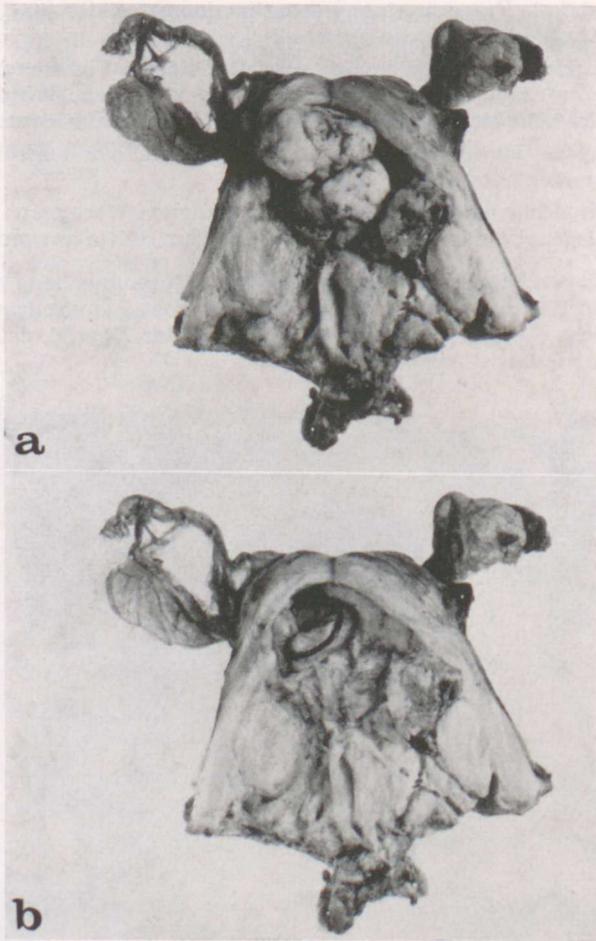


Abb. 2. Uterus und Adnexe einer 46jährigen Frau. a) Großer gestielter Exophyt eines adeno-papillären Korpuskarzinoms ausgehend von der rechten Tubenecke. b) Nach Entfernung des exophytischen Tumoranteils wird ein Gräfenberg-Ring im Bereich der rechten Tubenecke sichtbar

Nach schichtweisem Abtragen des Myometriums der rechten Uterushälfte wird erkennbar, daß das Pessar nicht in die Muskulatur des Uterus eingebrochen ist (Abb. 3 b), sondern daß exophytisch wachsende Tumoranteile den Ring umgreifen. Bei der histologischen Aufarbeitung des Präparats zeigt sich, daß die rechte Gebärmutterwand insbesondere im Bereich des Tubenwinkels bis unter die Serosa von einem adeno-papillären Karzinom durchsetzt ist. Der linke proximale Uterusabschnitt ist karzinomfrei.

Es besteht kein Zweifel, daß auch an Hand dieses instruktiven Falls nicht der Nachweis erbracht werden kann, daß das Pessar infolge seiner langen Liegedauer karzinomauslösend gewirkt hat. Nur regelmäßige, eventuell unter hysteroskopischer Sicht durchgeführte gezielte Endometriumbiopsien könnten hier einen fraglichen Zusammenhang aufdecken. Dennoch sollten die umstehend aufgeführten Gründe zu einer Diskussion dieser Zusammenhänge anregen.

1. Die Patientin ist als Trägerin eines Korpuskarzinoms relativ jung (46 Jahre zum Zeitpunkt der Entdeckung des Karzinoms).
2. Die lange Zeit bestehenden, niemals exakt abgeklärten Fluorbeschwerden sowie das progrediente Stadium des Karzinoms lassen vermuten, daß der Beginn des malignen Wachstums sicher noch um einige Jahre zurückzuverlegen ist.
3. Das Pessar lag an der Stelle im Uterus, von der offenbar das Karzinom seinen Ausgang genommen hat (rechte Tubenecke).
4. Das Pessar hat sicher bereits am Beginn des malignen Wachstums in der rechten Tubenecke gelegen, da der Tumor den Ring fast zur Hälfte umwachsen hatte.

Wenn wir auch den Beweis, daß ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Intrauterinpessar und Karzinomentstehung und damit einer unmittelbaren Gefahr für die Patientin nicht erbringen können, so steht es außer Zweifel, daß die Patientin

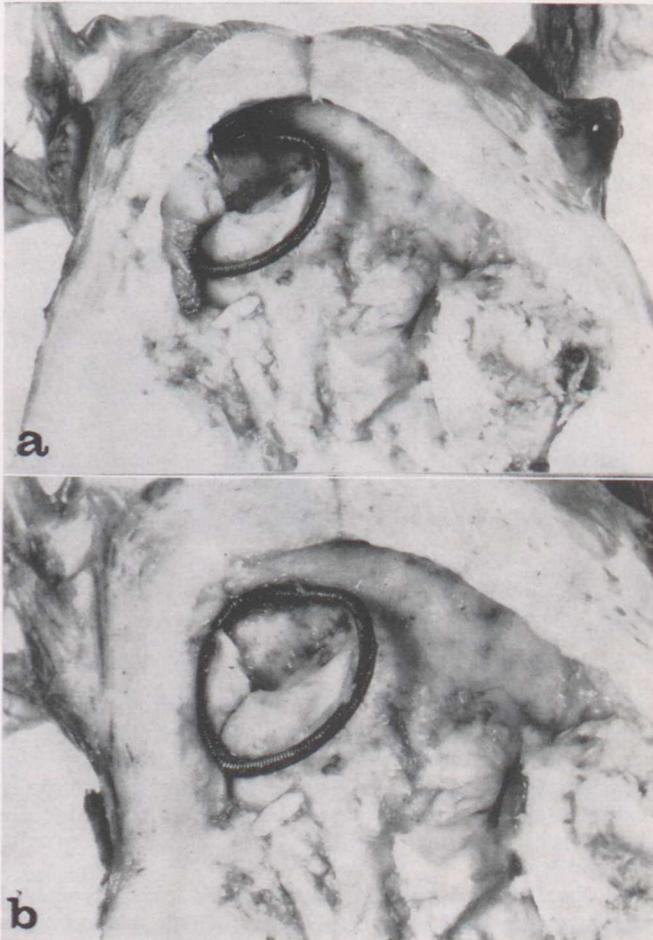


Abb. 3. a) Ausschnittvergrößerung aus Abbildung 2b. b) Nach schichtweiser Abtragung des Myometriums erkennt man, daß das Pessar von Tumorgewebe ummauert ist. Eine Penetration in die Muskulatur ist nicht erfolgt

die Frühsymptome des Korpuskarzinoms nicht genügend beachtet hat, da sie als Ursache für Fluor und Schmierblutungen das „harmlose“ Pessar betrachtete, ein Beispiel dafür, welche mittelbare Gefahr jeder Pessarträgerin bei vernachlässigter Kontrolle drohen kann.

Diese Erkenntnis sollte Grund genug sein, die Einlage von Intrauterinpressaren zu unterlassen, sofern nicht eine regelmäßige fachärztliche Kontrolle der betreffenden Patientin gewährleistet ist.

Schrifttum

1. Gesenius, H.: Zbl. Gynäk. 37 (1935) 2168.
2. Goldzieher, J. W., L. E. Moses und L. T. Ellis: J. Amer. med. Ass. 180 (1962) 359.
3. Gräfenberg, E.: Zbl. Gynäk. 55 (1931) 342.
4. Hall, H. H., und M. L. Stone: Amer. J. Obstet. Gynec. 83 (1962) 683.
5. Hall, H. H., A. Sedlis, J. Chabon und M. L. Stone: Amer. J. Obstet. Gynec. 93 (1965) 1031.
6. Hall, R. E.: Amer. J. Obstet. Gynec. 94 (1966) 65.
7. Hörmann, G.: Z. Geburtsh. Gynäk. 26 (1966) 1103.
8. Huber, H.: Z. Geburtsh. Gynäk. 27 (1967) 427.
9. Ishihama, A.: Yokohama med. J. 10 (1959) 89.
10. Jessen, D. A., R. A. Lane und R. R. Greene: Amer. J. Obstet. Gynec. 85 (1963) 1023.
11. Kelly, W. A., und J. A. Marston: Nature (Lond.) 214 (1967) 735.
12. Link, M., B. Bernoth und E. Bernoth: Zbl. Gynäk. 93 (1971) 519.
13. Lippes, J.: Amer. J. Obstet. Gynec. 93 (1965) 1024.
14. Mears, E.: Brit. med. J. I (1963) 1318.
15. Mikulicz-Radecki, F. v.: Zbl. Gynäk. 82 (1960) 1318.
16. Neumann, H. G.: Z. Geburtsh. Frauenheilk. 30 (1970) 537.
17. Oppenheimer, W.: Amer. J. Obstet. Gynec. 78 (1959) 446.
18. Satterthwaite, A. P., und J. Gamble: J. Amer. med. Wom. Ass. 17 (1962) 797.
19. Schürmann, K.: Zbl. Gynäk. 87 (1965) 290.
20. Sellheim, H.: Zbl. Gynäk. 1927, 271.
21. Tietze, Ch.: Cooperative statistical Program for the Evaluation of Intra-Uterine Devices, 7. Progress Report (1966).
22. Watts, G. F., und A. W. Diddle: Amer. J. Obstet. Gynec. 83 (1962) 1132.
23. Zwahr, Chr.: Zbl. Gynäk. 93 (1971) 645.

Anschr. d. Verf.: Dr. E. Philipp und Dr. W. Luh, BRD-23 Kiel, Hegewischstr. 4