

W. Münnich zum Thema

Diagnose der Extrauterin gravidität – auch heute oft noch schwierig

Die Diagnose der Extrauterin gravidität (EUG) bereitet auch heute, trotz moderner Untersuchungsmethoden, noch häufig Schwierigkeiten. Durch ihren anfänglich oft symptomlosen Verlauf führt sie bei Nichterkennen zu einem dramatischen, das Leben der Patientin gefährdenden Krankheitsbild.

Häufigkeit und Ursachen

Nach Literaturangaben schwankt die Häufigkeit bei EUG zwischen 0,6% und 1,7% (Elser) pro 100 Lebendgeburten. Andere Angaben sprechen von einem weit häufigeren Auftreten. Nicht nur wegen der weiten Verbreitung der Intrauterin-Pessare sieht man in letzter Zeit eine Zunahme an Extrauterin graviditäten. Nach Extrauterin gravidität und tubenerhaltender Operation kommt es in etwa 11% der Fälle (wenn beide Tuben vorhanden sind) sowie durchschnittlich in 16% (wenn nur noch eine Tube vorhanden ist) erneut zu einer Extrauterin gravidität. Nach Salpingektomie beträgt das Risiko einer erneuten Extrauterin gravidität der anderen Seite ebenfalls 11% (Neeser).

Als Ursache finden sich vor allem Appendektomie, Abort-Kürettage, Interruptiones, Adnexitiden, Operationen am Genitale, speziell an den Adnexen, Endometrioseherde oder ein Intrauterin-Pessar in situ.

Symptomatik

Die klinischen Befunde bei EUG sind häufig uncharakteristisch. Es werden vornehmlich Unterbauchschmerzen, am häufigsten auf der Seite der ektopischen Schwangerschaft, sowie im gesamten Abdomen angegeben. Unregelmäßige Zyklusanamnese und Metrorrhagie (verlän-

gerte Gebärmutterblutung außerhalb der Menstruation) bei obengenannter Schmerzsymptomatik lassen früh an eine EUG denken, bei akutem Abdomen eher an eine schon geplatzte Tubargravidität.

Nicht-invasive diagnostische Maßnahmen

Zu den nicht-invasiven diagnostischen Maßnahmen bei EUG zählen vorrangig neben Anamnese und klinischem Befund die immunologischen Schwangerschaftstests. Im Lauf der Jahre wurden diese Testverfahren zunehmend verfeinert. Anfänglich mit einer Empfindlichkeit von 1000 I.E. HCG/l Urin ausgestattet, führten sie frühestens 8 Tage nach Ausbleiben der letzten Periodenblutung (28tägiger Zyklus) zu einem positiven Ergebnis. Wesentlich besser sind die Tests der 2. Generation (z. B. Neo-Pregnostikon-Test), die bei 75 I.E. HCG/l Urin positiv ausfallen, was dem Tag der zu erwartenden Periodenblutung entspricht.

HCG-Schnelltest

Wir verwenden seit geraumer Zeit einen 40-I.E.-HCG-Schnelltest „Tandem® Icon® HCG“ der Fa. Hybritech Europe, der wegen seiner leichten Praktikabilität durch Schwestern und Ärzte auch im Kliniknachtsdienst hervorragende Ergebnisse bringt. Bei negativem Ausfall und bestehenden Beschwerden machen wir von der radioimmunologischen Bestimmung von HCG im mütterlichen Serum Gebrauch. Diese Tests haben eine untere Nachweisgrenze von 4 bis 6 IU/ml Serum und leisten in der Verlaufskontrolle bei Verdacht auf Extrauterin gravidität hervorragende Dienste. Nachtei-

lig hier ist nur das zeitaufwendige, auf das Labor beschränkte Testverfahren.

In allen Fällen schließen wir als nicht-invasive Maßnahme die unersetzbare Ultraschall-Untersuchung des Abdomens an. Durch das wesentlich verbesserte Bildauflösungsvermögen der Geräte der neueren Generation (z. B. Diasonics) läßt sich bereits 35 Tage nach der letzten normal starken Periodenblutung, also in der 5. Schwangerschaftswoche, eine Fruchtblase darstellen. Zuverlässige Nachweise sind in der 6. Schwangerschaftswoche möglich.

Eine intrauterine Herzaktion ist verlässlich in der 7. Schwangerschaftswoche darstellbar. Bei fehlendem Nachweis einer Intrauterin gravidität gewinnt man Hinweise auf eine eventuelle EUG, z. B. freie Flüssigkeit im Douglasschen Raum und Abdomen sowie Adnexverdickungen, seltener den direkten Nachweis einer intakten EUG.

Weiterführende invasive diagnostische Maßnahmen

Bei den weiterführenden invasiven diagnostischen Maßnahmen hat die Douglaspunktion in den letzten Jahren an Stellenwert eingebüßt, da sie in etwa 20% falsch-negative Ergebnisse liefert, vor allem bei Tubargravidität, die noch nicht zu einer intraabdominalen Blutung geführt hat.

Wir sind seit längerem dazu übergegangen, bei ausreichendem klinischen Verdacht unter Einschluß eines hormonellen Schwangerschaftstests und nach Ausschluß einer in-

Dr. med. W. Münnich, Oberarzt der Frauenklinik (Direktor: Prof. Dr. med. H. Graeff) der Technischen Universität, Ismaninger Straße 22, D-8000 München 80.

trauterinen Gravidität mittels Sonographie die Indikation zur diagnostischen Laparoskopie als optimaler diagnostischer Methode großzügig zu stellen.

Durch eine frühzeitige Laparoskopie wird in Fällen von dringendem Kinderwunsch ein Eileiter-erhalten-des operatives Vorgehen ermöglicht, da häufig die Tubenwand noch intakt ist. Tubektomie bzw. Adnektomie sind in den meisten Fällen vermeidbar.

Auch seltene Fälle in Erwägung ziehen

Da es in der Diagnostik immer darauf ankommt, an alle Eventualitäten zu denken, müssen auch seltene Fälle einer Extrauterin gravidität einkalkuliert werden. Über einen derartigen Fall wird in diesem Heft berichtet (Beitrag *Tapia/Burkhardt*, S. 507). Dabei handelte es sich um eine 28jährige Frau, eine Nullipara, die regelmäßig die Pille – ein sogenanntes normophasisches Sequentialpräparat – einnahm und dabei jeden Monat Abbruchblutungen hatte. Als Stewardess achtete sie besonders darauf, das Einnahmeintervall von 24 Stunden trotz der Zeitverschiebungen der verschiedenen Länder einzuhalten. Sie klagte über Unterleibsschmerzen und hatte zweimal Ohnmachtsanfälle. Die gynäkologische Untersuchung ließ zunächst keine Auffälligkeiten erkennen. Erst als zur weiteren Abklärung eine Laparoskopie vorgenommen wurde, wurde die Extrauterin gravidität festgestellt.

An dieses Krankheitsbild, das immer noch für etwa 10% der Mortalität einer Mutter verantwortlich ist, muß also trotz Menstruation und regelmäßiger Einnahme von Kontrazeptiva gedacht werden, wenn entsprechende Symptome vorliegen.

Dokumentation: C6 Extrauterin gravidität

MMW

Originalia im Druck

Farb-Doppler-Echokardiographie. Erste klinische Erfahrungen

C.-F. Wippermann, D. A. Redel, T. P. Lé, P. F. Schneider

Die Ultraschalldiagnostik wird ständig weiterentwickelt und verbessert. Ein deutlicher Fortschritt dürfte mit der Farb-Doppler-Echokardiographie erreicht worden sein. Mit Hilfe dieser Methode läßt sich die Blutströmung flächenhaft darstellen und in das zweidimensionale Schnittbild oder in das M-Mode integrieren.

Dabei werden Richtung, Geschwindigkeit und Turbulenzgrad der Blutströmung wiedergegeben. Der physiologische intrakardiale Blutfluß läßt sich dann leicht von einem pathologischen unterscheiden. Erste klinische Erfahrungen werden an Hand von rund 2800 Untersuchungen an 1820 Patienten wiedergegeben.

Dr. med. C.-F. Wippermann, Universitäts-Kinderklinik Bonn (Direktor: Prof. Dr. med. W. Burmeister), Pädiatrische Kardiologie, Adenauerallee 119, D-5300 Bonn 1.

Manuskript eingegangen am 18. 11. 1985, zur Veröffentlichung angenommen am 7. 1. 1986.

Sekundäre Hypertonieformen. Häufigkeit und Diagnostik an einer Münchener Universitätsklinik

H. Witzgall, M. Reiter, R. Lorenz, M. Scherer, P. C. Weber

Bei rund 10% aller Hypertoniker ist mit einer sekundären, auf organische Ursachen zurückzuführenden Hypertonie zu rechnen. In einer Klinik in München wurden 1328 Patienten mit arterieller Hypertonie auf sekundäre Bluthochdruckformen untersucht. Dabei wurde bei 376 Patienten eine renale Hypertonie diagnostiziert. 141 der Hypertonie-Patienten hatten

ten einen renovaskulären Bluthochdruck. Bei 44 Patienten mit primärem Aldosteronismus wurde in 33 Fällen ein Aldosteron-produzierendes Adenom (22 histologisch gesichert), bei 11 Patienten eine beidseitige Hyperplasie gefunden. Bei 17 Patienten mit eindeutig erhöhten Plasmakatecholaminspiegeln wurde ein Phäochromozytom gesichert.

Priv.-Doz. Dr. med. H. Witzgall, Dr. med. M. Reiter, Dr. med. R. Lorenz, Priv.-Doz. Dr. med. B. Scherer, Prof. Dr. med. P. C. Weber, Medizinische Klinik Innenstadt der Ludwig-Maximilians-Universität, Ziemssenstraße 1, D-8000 München 2.

Manuskript eingegangen am 16. 10. 1985, zur Veröffentlichung angenommen am 20. 2. 1986.

Sepsis im Alter

M. Trautmann, M. Ruhnke, M. Alexander

Klinisches Bild und Prognose bakterieller Septikämien sind bei älteren Patienten weniger günstig als bei jüngeren. Das zeigte eine retrospektive Studie an 102 Patienten von 70 Jahren. Im Vergleich zu einem etwa gleich großen Kollektiv jüngerer Patienten (≤ 50) fanden sich im Alter signifikant häufiger Infektionen durch gram-negative Mikroorganismen, die über-

wiegend von den ableitenden Harnwegen ausgingen. Die Letalität, insbesondere bei gram-positiver Sepsis, war im Alter signifikant höher. Als Ursache hierfür wird eine Beeinträchtigung immunologischer Abwehrfunktionen im Rahmen eines Diabetes mellitus oder kardiovaskulärer Grundkrankheiten bei älteren Patienten diskutiert.

Dr. med. M. Trautmann, Dr. med. Michaela Ruhnke, Prof. Dr. med. Meta Alexander, Abteilung für Innere Medizin mit Schwerpunkt Infektionskrankheiten (Leiterin: Prof. Dr. med. Meta Alexander), Klinikum Charlottenburg der Freien Universität, Spandauer Damm 130, D-1000 Berlin 19.

Manuskript eingegangen am 12. 7. 1985, zur Veröffentlichung angenommen am 10. 9. 1985.