

Extrauterin gravidität trotz Menstruation und Einnahme eines normophasischen Sequentialpräparates

J. E. Tapià, A. Burkhardt

Eine 28jährige Nullipara klagte über Unterleibsschmerzen und hatte zweimal Ohnmachtsanfälle. Sie nahm regelmäßig ein Sequentialpräparat und hatte dabei jeden Monat Abbruchblutungen. Es handelte sich trotzdem um eine Tubar gravidität rechts.

Tubal Pregnancy Despite Menstrual Cycle and Sequential Pill: Anecdotal case report of a 28-year-old primigravida who conceived while on the sequential pill and who continued taking it.

No tablets had been missed. She had a regular menstrual cycle. There were moderate lower abdominal pain and two episodes of fainting. The operative finding consisted of a right tubal pregnancy.

Die Extrauterin gravidität ist immer noch für etwa 10% der mütterlichen Mortalität verantwortlich und spielt für die weitere Fertilität eine bedeutende Rolle (10). Die Tatsache, daß eine Patientin regelmäßig hormonale Kontrazeptiva einnimmt, entbindet den Arzt nicht von der Verpflichtung, bei unklaren Unterleibsschmerzen eine Abgrenzung gegenüber dem oben erwähnten Krankheitsbild zu machen (2).

Fallbeschreibung

Eine 28jährige Frau (Pat. Nr. 575843/84) ohne Anamnese genitaler Erkrankungen hatte ein Einphasenpräparat während 10 Jahren eingenommen. Wegen Auswirkungen auf den Menstruationszyklus im Sinne von Menstruationshemmung („silent menstruation“ bzw. „amenorrhea-on-the-pill“) erfolgte ein Präparatewechsel. Sie nahm dann ein „normophasisches“ Sequentialpräparat (Ethinylöstradiol 0,05 mg während 7 Tagen, danach Lynestre-

nol 2,5 mg und Ethinylöstradiol 0,05 mg 14 Tage lang) während sechs Monaten. Die Patientin, von Beruf Stewardess, hatte peinlich darauf geachtet, trotz der Zeitverschiebungen der verschiedenen Länder ein Einnahmeintervall von 24 Stunden zu berücksichtigen. Bei dieser Patientin ließ sich also kein Einnahmefehler verzeichnen. Die Abbruchblutung erfolgte regelmäßig, zuletzt gefolgt von 10 Tagen Schmierblutung. Gleichzeitig litt die Patientin gelegentlich an Unterleibsschmerzen, rechts mehr als links, und hatte zweimal Ohnmachtsanfälle. Wegen dieser Symptomatologie war die Patientin vorher in einer auswärtigen Klinik und bei ihrem Betriebsarzt vorgestellt.

Gynäkologische Untersuchung: keine Auffälligkeiten

Bei der gynäkologischen Untersuchung waren der Uterus normal groß und die Adnexe beidseits leicht

druckdolent, das Vaginalsekret lag im Normbereich. Ein Schwangerschaftstest im Urin fiel negativ aus. Das Hämoglobin, der Hämatokrit und die Leukozyten lagen alle im Normbereich. Eine Laparoskopie wurde zur weiteren Abklärung durchgeführt. Die rechte Tube zeigte eine Hämatosalpinx von ca. 2,5 x 4 cm. Aus dem Fimbriaende flossen Blut und Koagula in die freie Bauchhöhle. Es wurde eine Salpingektomie rechts durchgeführt. Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos. Die Histologie zeigte eine Hämatosalpinx rechts mit Wandauflockerung und Retention einzelner z. T. regressiv veränderter Chorionzotten. Das Lumen der Tube war, vor allen Dingen im mittleren Abschnitt, erheblich erweitert und mit blutigem Material gefüllt. Die Wand war hier dünn, die Schleimhaut zeigte, soweit sie erhalten war, eine regelrechte Faltung (Abb. 1a). Eine Vernarbung als Residuum einer vorausgegangenen chronischen Salpingitis ließ sich nicht nachweisen. Allerdings fanden sich in der Schleimhaut, ebenso wie herdförmig im Lumen zwischen Fibrin (Abb. 1b), locker verstreut Entzündungszellen, vorwiegend Granulozyten. Hierbei handelt es sich jedoch offenbar um eine reaktive Veränderung auf die Tubar gravidität bzw. deren Absterben. Endometrioseherde fanden sich nicht. Eine deziduale Umwandlung der Stromazellen im Bereich der Schleimhaut war höchstens angedeutet.

Diskussion

Möglicherweise berichten wir hier als erste über eine Extrauterin gravidität während regelmäßiger Einnahme eines normophasischen Sequentialpräparates. Die Östrogenphase ist auf sieben Tage begrenzt, die Gabe der Östrogen-Gestagen-Kombination

Dr. med. J. E. Tapià, Chefarzt d. Abt. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie d. Bezirksspitals Obersimmental, CH-3770 Zweisimmen, Priv.-Doz. Dr. med. A. Burkhardt, Pathol. Inst. (Chefarzt: Prof. Dr. med. H. Cottier) der Univ., Freiburgstr. 30, CH-3010 Bern.

Extrauteringravität trotz Menstruation



Abb. 1a: Tubenwand außerhalb der Nidationsstelle: regelrechte Tunica muscularis und Schleimhautfalten. In der Schleimhaut verstreut Granulozyten, keine deziduale Umwandlung, H.E. ca. 45 x. – **Abb. 1b:** Tubeninhalt: Blut und Fibrin mit herdförmig dichter granulozytärer Durchsetzung, H.E. ca. 110 x.

beginnt bereits einige Tage vor dem Zeitpunkt der Ovulation im normalen Zyklus (12). Für dieses Sequentialpräparat wird ein Pearl-Index von 0,3 angegeben (1). Extrauteringravitäten kommen bekanntlich bei Versagern der Minipille (4), des Östrogenstoßes als Postkoitalpille (9) einschließlich der Yuzpe-Methode (5) vor.

Bei Ein-Phasen-Kontrazeptiva bisher keine Extrauteringravität

Bei einer der großen Sammelstatistiken von 139 Versagern der Ein-Phasen-Präparate wurde keine einzige Extrauteringravität beobachtet (6, 8, 11, 13). Die Häufigkeit einer Extrauteringravität bei Versagern

der oralen Kontrazeptiva ist allerdings niedriger als bei anderen Methoden (3) und überhaupt zehnmal niedriger als bei Frauen ohne Antikonzeption (7). Wir halten diesen Fall insofern für interessant, als unsere Patientin Stewardess von Beruf ist und man annehmen könnte, daß die durch ihre Reisetätigkeit bedingten Zeitverschiebungen zu einem gestörten Endokriniem führen könnten. Im übrigen ergaben sich gegenüber dem üblichen histologischen Bild der Tubargravität keine erkennbaren Unterschiede.

Schlußfolgerung. Diese Mitteilung möchte in Erinnerung rufen, daß trotz Menstruation und regelmäßiger Einnahme von Sequentialpräparaten bei entsprechender Symptomatologie an eine Extrauteringravität gedacht werden muß.

Für das Durchlesen und die Korrektur des Manuskriptes bedanken sich die Autoren bei Herrn Dr. M. Mühlemann, CH-1170 Aubonne.

Dokumentation: C6 – D8, D13 Tubargravität – Kontrazeptiva, orale

Literatur

1. **Borglin, N. E., Klottrup, P.:** Arzneimittel-Forsch./Drug Res. 28 (1978) 2354–2357.
2. **Burke, M., Buck, P.:** Brit. J. hosp. Med. 17 (1977) 304.
3. **De Stefano, F. u. Mitarb.:** Obstet. and Gynec. 60 (1982) 326–330.
4. **Hill, P. V.:** S. Afr. med. J. 52 (1977) 6.
5. **Kubba, A. A., Guillebaud, J.:** Brit. med. J. 285 (1983) 1343–1344.
6. **Peterson, W. F.:** Obstet. and Gynec. 34 (1969) 363.
7. Population Reports 6 (1982) 189–222.
8. **Royal College of General Practitioners** Oral Contraception Study: Oral Contraceptives and Health: An Interim Report from the Oral Contraception Study of the Royal College of General Practitioners, p. 71. Pitman, New York 1974.
9. **Smythe, A. R., Underwood, P. B.:** Amer. J. Obstet. Gynec. 121 (1975) 284–285.
10. **Strathy, J. H. u. Mitarb.:** Obstet. and Gynec. 64 (1984) 37–43.
11. **Tatum, H. J., Schmidt, F. H.:** Fertil. and Steril. 28 (1977) 407–421.
12. **Taubert, H. D., Kuhl, H.:** Kontrazeption mit Hormonen, S. 111. Thieme, Stuttgart 1981.
13. **Vessey, M. u. Mitarb.:** J. biosoc. Sci. 8 (1976) 373.