

Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Kreiskrankenhauses
in Neustrelitz (Chefarzt: MUDr. V. V á c l a v i n k o v á)
und der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Oskar-Ziethen-Krankenhauses
Berlin-Lichtenberg (Chefarzt: Dr. med. S. H o y m e)

Ein ungewöhnlicher Versuch der Unterbrechung einer vermuteten Schwangerschaft

Von VI. Jalůvka und V. Václavinková

Mit 1 Abbildung

Fremdkörper in der Uterushöhle sind ein seltenes Ereignis. Da sie dorthin fast ausschließlich bei dem Versuch, die Schwangerschaft zu unterbrechen, gelangen, kommt ihnen oft eine forensische Bedeutung zu.

Uns erreichbares Schrifttum zeigt, daß es sich dabei am häufigsten um Katheter verschiedener Art oder um ähnliche Instrumente handelt, die infolge der laienhaften Handhabung zur Perforation des Uterus führten und eine Laparotomie zur Folge hatten.

Allerdings gelangen auch Fremdkörper verschiedenster Art aus anderen Gründen in die Scheide und Gebärmutter, so zum Beispiel bei der Masturbation im Pubertätsalter, bei erwachsenen Frauen oder unbeabsichtigt beim Spielen der kleinen Mädchen. Weiterhin werden zur Schwangerschaftsverhütung sowohl von Ärzten als auch von Laien intrauterine Pessare eingeführt, die „vergessen“ werden und einwachsen können. Schließlich ist die Einführung aller möglichen Fremdkörper in die Scheide bei Frauen mit psychischen Störungen usw. bekannt.

Unsere Mitteilung betrifft nur kuriose Fälle, bei denen ein in Röntgenaufnahmen nachweisbarer kleiner Körper nadelförmigen Charakters gefunden wurde. Seine Einführung in die Scheide entbehrt jedes logischen Grundes, weil dieser Fremdkörper an sich kein wirksames Mittel zur Einleitung einer künstlichen Fehlgeburt oder einer eventuellen Schwangerschaftsverhütung sein konnte. Es handelte sich in unserem Falle um eine in die Uterushöhle eingeführte Haarklemme, die einen Abortus hervorrufen sollte.

Die 42jährige H. G. wurde am 3. 2. 1965 in unsere gynäkologische Abteilung mit der Diagnose „Corpus alienum vesicae seu uteri“ eingewiesen. Die Patientin hatte angegeben, sich vor drei Tagen eine Haarklemme zwecks Schwangerschaftsunterbrechung in die Gebärmutter eingeführt zu haben.

Menarche im 14. Lebensjahr, Menses regelmäßig, 28/3 bis 4. Letzte Menstruation 8. bis 11. 1. 1965, also 22 Tage vor der Einführung der Haarklemme. Die Patientin hatte 2 normale Geburten und später 2 Abortus.

Ihre jetzige Manipulation begründete sie damit, daß sie sich in der letzten Woche unwohl fühlte und unter Depressionszuständen litt, die sie in ihrer Überzeugung, es handelte sich um eine Schwangerschaft, bekräftigt hatten. Ferner gab sie an, ihr 57jähriger Mann leide an einem Herzfehler und es stehe — falls sie ein weiteres Kind bekäme — in ihrer LPG kein Krippenplatz zur Verfügung.

Laboratoriumsbefunde bei der Aufnahme: BSG 6/14, Ery. 400 000, Leuko. 7200, Urin o. B. Gynäkologischer Befund: die äußeren Geschlechtsorgane ohne pathologische Veränderungen; auf der hinteren Muttermundlippe zwei kleine, schwach blutende Wunden, Zysto-Rektozele mittleren Grades, beim Pressen sinkt die Portio bis zum unteren Scheidendrittel herab, die Scheidenwände sind unauffällig und ohne sichtbare Verletzung; die Gebärmutter in RVFL ist mäßig vergrößert, hart, beweglich, die Adnexe und Parametrien ö. B., Kolp.: o. c. sec.

Eine unmittelbar nach der Einweisung gemachte Röntgenaufnahme wies eine in dem Bereich des kleinen Becken sichtbare Haarklemme nach.

Ohne auf die obenerwähnten kleinen Wunden am Muttermund Rücksicht zu nehmen, führten wir zunächst eine Zystoskopie durch, weil uns das Einführen einer Haarklemme durch die Urethra in die Harnblase — wenn auch recht schmerzhaft — so doch wahrscheinlicher erschien.

Die Kapazität der Harnblase betrug 250 ml. Die Schleimhaut war rosa verfärbt. In der Harnblase wurde kein Fremdkörper festgestellt, so daß wir gleich die Sondierung der Uterushöhle anschlossen. Dabei wurde die Haarklemme gefunden und nach vorsichtiger Dilatation des Muttermundes bis Hegar 8 mit Hilfe einer Uterussonde entfernt. Vorbeugende Verordnung von Penicillin und Streptomycin. Zwei Tage nach dem Eingriff hatte die Patientin noch ein „unangenehmes“ Gefühl im Unterbauch, sonst aber war der weitere Verlauf komplikationslos.



Abb. 1. Ein ungewöhnlicher Versuch der Unterbrechung einer vermuteten Schwangerschaft. In der Mitte des kleinen Beckens ist eine Haarklemme zu sehen

Die langjährige Arbeit in der Landwirtschaft sowie zwei Geburten hatten die Ausbildung ihrer Zysto-Rektozele und eines Descensus uteri mit relativer Urininkontinenz zur Folge. So ist es denkbar, daß sich die Patientin unter Anwendung der Bauchpresse in Rückenlage die Haarklemme ohne fremde Hilfe — die sie auch bestritt — eingeführt hatte.

Nach Durchsicht des diesbezüglichen Schrifttums müssen auch wir der Ansicht von Zakin, Godsick und Segal beipflichten, daß zur Schwangerschaftsunterbrechung „blutige“ Mittel ihrer Gefährlichkeit wegen immer seltener zur Anwendung kommen. In letzter Zeit werden hauptsächlich halbstarre Urethalkatheter zur Schwangerschaftsunterbrechung benutzt, da sie relativ lang, leicht zu handhaben und leicht zu sterilisieren sind.

Nicht oft resultiert nach der Einführung eines Fremdkörpers in die Uterushöhle ein so komplikationsfreier Verlauf wie in unserem Fall. Vaschia beschreibt eine Uteruswandperforation mit einer Häkelnadel, die erst nach 10 Tagen diagnostiziert und durch Laparotomie entfernt wurde.

Bei Versuchen, eine Haarklemme in den Muttermund einzuführen, kann diese auch in andere Organe geraten. Das beweist z. B. eine Veröffentlichung von Tallaferrero und Caravias. Diese Autoren fanden nach dem Versuch einer kriminellen

Fehlgeburt eine Haarklemme in der Harnblase. Nachdem sie mit Hilfe der suprapubischen Zystostomie entfernt worden war, entwickelte sich die Schwangerschaft ungestört weiter und endete mit einer Spontangeburt.

P a m p e r i beschrieb einen Fall, bei dem es zu einer Perforation des Dickdarms durch eine Haarnadel kam, die zur Einleitung eines Abortus benutzt wurde. Besonders ungewöhnlich ist dabei, daß hier die Haarnadel durch den perforierten Darm in die Bauchhöhle geriet, wo sie 4 Jahre liegenblieb, bis die sich steigernden Beschwerden die Patientin endlich dazu bewogen, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Nachdem die Nadel operativ entfernt worden war, trat völlige Genesung ein.

Haarnadeln und ähnliche Fremdkörper werden nicht nur zur Unterbrechung einer bestehenden Schwangerschaft, sondern auch zur Schwangerschaftsverhütung in die Scheide und Gebärmutter eingeführt. Dies beweist eine Mitteilung von J a n - s e n. Einem 15jährigen Mädchen hatte ein Bursche nach der Defloration eine Nadel in die Scheide eingeführt, damit sie nicht schwanger werden sollte. Die Nadel blieb in der Portio stecken und löste eine schwere Dysmenorrhoe aus. Erst nach 3 Jahren wurde die Nadel röntgenologisch diagnostiziert und mittels einer kleinen Inzision aus der hinteren Muttermundlippe entfernt. Einen ähnlichen Fall beschrieb auch D a y ; hier hatte eine in den Muttermund eingeführte Nadel „unregelmäßige Blutungen“ zur Folge.

Beim Erheben gynäkologischer Anamnesen ist bekanntlich immer ein gewisser Vorbehalt am Platze. Dies ist begreiflich, weil die Frauen sich oft ihrer Handlungsweise schämen und bemüht sind, die ihnen bekannten Ursachen ihres Leidens zu verheimlichen. Einige Fälle sind dafür typisch. So behauptete eine Patientin S t o c k e s gegenüber, daß sie sich einen Bleistift in den Muttermund nur deswegen eingeführt habe, um ihre eingetretene Blutung nach einer 57 Tage dauernden Amenorrhoe zum Stillstand zu bringen. Eine andere Patientin wollte R e č e k glaubhaft machen, daß sie auf dem Fußboden ausgeglitten sei und sich dabei unglücklicherweise einen Schuhknöpfer in die Scheide und Gebärmutter eingestochen habe.

Als drittes Beispiel führen wir eine Mitteilung von K l e n k a an. Hier behauptete eine Patientin bei einem praktischen Arzt, durch einen unglücklichen Zufall eine Sicherheitsnadel verschluckt zu haben. Darauf seien heftige Schmerzen im Unterbauch aufgetreten, woraus sie folgerte, daß „die Stecknadel, nachdem sie den Verdauungstrakt passiert hatte, durch den Mastdarm in die Scheide geraten“ sei. Der Zustand der Patientin war bei ihrer Einweisung ins Krankenhaus sehr schlecht. Die gynäkologische Untersuchung ergab eine geöffnete Sicherheitsnadel im Muttermund, die sich diese 29jährige Frau — wie sie später eingestand — nach mehrwöchiger Amenorrhoe in die Scheide eingeführt hatte. Wegen Verdachts auf Uterusperforation und Blutung in die Bauchhöhle wurde eine sofortige Laparotomie vorgenommen. Sie ergab eine eben geplatzte rechtsseitige Tubargravidität. Nach Durchführung der supravaginalen Uterusamputation und Salpingektomie hatte die Patientin unablässig hohe Temperaturen und verstarb 29 Tage nach der Operation an den Folgen einer Sepsis.

Schon bei dem Verdacht, daß eine Frau sich einen Fremdkörper in die Scheide oder Gebärmutter eingeführt haben könnte, sollte sofort eine eingehende gynäkologische Untersuchung erfolgen. Nach Inspektion der äußeren Geschlechtsorgane ist vor allem der Urethralmündung besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Falls diese verletzt ist, muß an die eventuelle Einführung eines Fremdkörpers in die Harnblase gedacht werden.

Von besonderer Wichtigkeit ist die Spiegeluntersuchung der Scheide. Scharfe Fremdkörper können von der Scheide aus ins Parakolpium gelangen, wie es Beobachtungen von F r i e d m a n und H o g a n s beweisen. Hier hatte sich eine Patientin einen Nagel in die Scheide eingeführt, um die Unterbrechung der Schwangerschaft zu erzielen. Der Nagel geriet jedoch in das linke Parametrium und wurde nach Scheidenwandinzision entfernt.

Nach erfolgter Scheidenwandkontrolle gilt unser Augenmerk dem Muttermund. Wie auch unser Fall zeigt, weist er gelegentlich kleine Wunden als Folge mißlungener Versuche auf. Wenn der eingeführte Körper locker in der Uterushöhle liegt, kann man ihn mittels normaler Palpation kaum diagnostizieren. Nur wenn er bereits vor längerer Zeit eingeführt wurde, kann die Uteruspalpation infolge der bereits eingetretenen Infektion schmerzhaft sein.

Bei größeren Schmerzen, pathologischem Palpationsbefund an den Uteruswänden, vorgewölbtem, schmerzhaftem Douglas, peritonealer Reizung und schließlich bei einer Anämie mit Anzeichen des peritonealen Schock ist selbstverständlich auch an eine Uterusperforation zu denken.

Nach der gynäkologischen Untersuchung ist es empfehlenswert, eine Röntgenaufnahme des kleinen Beckens anzufertigen. Ein nicht nachweisbarer Fremdkörper schließt zunächst nur ein röntgenkontrastes Gebilde aus. Daher sollte der Vorschlag von Meyer-Langsdorf aufgegriffen werden, bei einer negativen Röntgenaufnahme immer die Hysterosalpingographie vorzunehmen. Der Autor konnte nämlich mit deren Hilfe ein kontrastloses Antikonzeptionsmittel in der Uterushöhle feststellen.

Bei positiver Röntgenaufnahme und fehlender Verletzung der äußeren Geschlechtsorgane und vor allem der Scheide ist es angebracht, zuerst die Zystoskopie vorzunehmen. Ist diese ergebnislos, so erfolgt eine vorsichtige Sondierung des Muttermundes und der Uterushöhle. Beim Sondieren suchen wir nicht nur den eingeführten Körper, sondern auch die eventuell vorhandene Uterusperforation.

Theoretisch kommt auch die Rektoskopie in Frage, und zwar bei positiver Röntgenaufnahme und bei Verletzung der hinteren Scheidenwand.

Bei der Entfernung des Fremdkörpers muß völlig individuell vorgegangen werden. Manchmal reicht eine Inzision der Scheidenwand oder des Muttermundes aus. In diesem Zusammenhang sei noch der Fall von Weisman zitiert: Eine 42jährige Frau benutzte zur Reposition ihres prolabierte Uterus das stumpfe Ende einer Hühnadel. Die Reposition war erfolgreich, allerdings blieb die Nadel in der neuerlich ausgebildeten Uterushöhle zurück. Eine Extraktion durch den Muttermund war unmöglich, weil die Nadelspitze im Myometrium steckte. Nach Dilatation des Muttermundes wurde die Nadel mittels einer schmalen Pinzette durch das Zervixgewebe in die Scheide geschoben. Der Eingriff wurde durch Inzision der vorderen Muttermundlippe und Durchziehen des erweiterten stumpfen Nadelendes abgeschlossen.

Mitunter ragt der Fremdkörper aus dem Muttermund hervor, so daß die Entfernung leicht vorgenommen werden kann. Wie unser Fall zeigt, ließ sich der Fremdkörper aus der Uterushöhle sogar mittels einer Sonde entfernen.

Einen ungewöhnlichen Einfall hatten Raunier und Gaulis, die zur Entfernung eines Fremdkörpers aus der Uterushöhle ein Bronchoskop benutzten. In ihrem Falle handelte es sich um eine 42jährige Frau, bei der wegen unregelmäßiger Blutungen eine Abrasio vorgenommen wurde. Bei der Kürettage brach die Öse der Kürette ab und blieb in der Uterushöhle zurück. Ein Versuch, sie mit Hilfe einer anderen Kürette zu entfernen, blieb erfolglos, im Gegenteil, die Öse keilte sich ins Myometrium ein. Die Beseitigung erfolgte nach einer Muttermundsdilatation bis Hegar 16 mit Hilfe eines Bronchoskopes.

Für den Umfang der Operation ist die Größe der eventuellen Verletzung ausschlaggebend. Gelegentlich reicht die bloße Exzision der Perforationswunde mit nachfolgender Naht aus, ein anderes Mal muß eine supravaginale Uterusamputation oder gar eine totale Hysterektomie vorgenommen werden.

Zusammenfassung

Es wurde ein Fall beschrieben, bei dem sich eine 42jährige Frau, welche die Beschwerden des beginnenden Wechsels für Schwangerschaftsanzeichen hielt, eine Haarklemme in die Gebärmutter eingeführt hatte. Die Haarklemme wurde röntgenologisch diagnostiziert und nach Dilatation des Zervixkanals mit Hilfe einer Uterussonde entfernt.

Schrifttum

Day, H. F., N. England J. Med. **211** (1934) 29. — Friedman, S., und C. W. Hogans, Amer. J. Obstetr. Gynec. **76** (1958) 561. — Janson, N., Med. Welt **3** (1934) 155. — Klenka, Z., Brat. lek. listy **3** (1928) 20. — Lamonica, U., Clin. ostetr. **31** (1929) 641. — Meyer-Langsdorf, H., Fortschr. Röntgenstr. **30** (1954) 661. — Pamperi, D., Mém. Acad. chir., Paris **64** (1938) 788. — Reček, V., Časopis lékařou českých **67** (1928) 1759. — Reynier, J. P., und G. Gaulis, Praxis **39** (1950) 218. — Stokes, E. M., South. Med. J. **39** (1946) 221. — Tallafiero, F., und D. E. Caravias, Semana med. **2** (1931) 1261. — Vischia, Q., Pollicinico (Sez. chir.—sez. med.—sez. prat.), Roma **3** (1931) 1271. — Weisman, A. L., N. Y. State J. Med. **51** (1951) 397. — Zakin, D., W. H. Godsick und B. Segal, Amer. J. Obstetr. Gynec. **70** (1955) 233.

Anshr. d. Verf.: O. A. Dr. V. Jalůvka, 1134 Berlin-Lichtenberg, Maximilianstr. 19
Dr. V. Václavínková, Brno-Kotlářská/ČSSR

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften

Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg

Sitzung am 21. 1. 1966

Vorsitzender: F. B. R ü d e r ; Schriftführer: G. F r a n z

Demonstration

Franz (Hamburg-Finkenau): Gefährdung der Harnleiter durch pathologische Schwangerschaft. Komplikationen im Bereich der ableitenden Harnwege im Zusammenhang mit Geburtshilfe sind hierzulande recht selten. Innerhalb der letzten 10 Jahre wurden an der Frauenklinik Finkenau bei 46 000 Geburten nur 8mal Komplikationen an den ableitenden Harnwegen beobachtet. Einmal nach Spontangeburt, 5mal nach Kaiserschnitt, 2mal bei Exstirpationen des Uterus im Wochenbett. Der eine von den zuletzt genannten Fällen wird demonstriert, da es im Schrifttum offenbar keinen entsprechenden Fall gibt. Die damals 31jährige Patientin war zum zweiten Male gravide. Bei der ersten Schwangerschaft waren Kürettagen im Spätwochenbett erforderlich gewesen. Während dieser Schwangerschaft hatte die Patientin häufig geblutet. Termingemäß wurde spontan ein gesundes Kind geboren. Wegen starker Blutungen manuelle Plazentalösung, Kürettage und Uterustamponade. Innerhalb der dann folgenden 7 Wochenbett-Tage mußten 8 Bluttransfusionen gegeben werden. Wegen der unstillbaren Blutungen schließlic Entschluß zur Uterus-Exstirpation. Es zeigte sich nun, daß das Corpus uteri den Wochenbett-Tagen entsprechend zurückgebildet war. Die Zervix war hochgradig aufgetrieben, so daß das Operationspräparat Sanduhrform angenommen hatte. Erst jetzt erkannte man, daß es trotz zervikaler Plazentation zum Spontanpartus gekommen war. Das parametran Gewebe war hier beidseits auf 14 cm Länge ausgezogen. Inzwischen hatte sich ein histologisch verifizierbares Sklerödem ausgebildet. Bei der Operation war wegen der hochgradigen Blutung Eile geboten. Die Präparation gestaltete sich außerordentlich schwierig (Sklerödem!). Trotz aller Vorsichtsmaßnahmen wurden beide Ureteren durchtrennt. Implantation beider Ureteren in der gleichen Sitzung. Der eine Ureter heilte primär ein; bei dem rechten Ureter stellte sich eine Ureter-Scheidenfistel ein. Später Reimplantation des fistelnden Ureter durch Dr. B r a c h m a n n (urologische Abteilung, Allgemeines Krankenhaus Barmbek). Nach diesem Eingriff heilte der Ureter funktionstüchtig ein — eine Hydronephrose bildete sich im Laufe der nächsten Monate völlig zurück. Die Patientin befindet sich seit 6 Jahren wohl. Es wird für besonders wichtig gehalten, diesen Fall allgemein bekanntzugeben, da er eventuell zu berücksichtigen ist, wenn man gutachtlich zu Ureterverletzungen bei geburtshilflichen Eingriffen Stellung zu nehmen hat. (Dieser Fall wird im anderen Zusammenhang mit Abbildungen publiziert.)

Referate

Hörder (Lübeck, Medizinische Akademie): Zusammenhänge zwischen Fibrinolyse und Blutgerinnung. (Unter besonderer Berücksichtigung hämorrhagischer Diathesen in Schwangerschaft und Geburt.) Einführend wird auf Physiologie und