

Zbl. Gynäk. 94 (1972) 533—535

Aus der Frauenklinik
der Medizinischen Fakultät der Komenský-Universität in Martin (ČSSR)
(Vorstand: Prof. Dr. A. P o n f u c h , CSc.)

Über eine durch das kontrazeptive Intrauterinpessar (IUD, einheimischer Typ DANA) entstandene seltene Komplikation

Von A. Ponfuch und L. Sokolík

Mit 2 Abbildungen

Zusammenfassung: In der Kasuistik wird ein seltener Fall von Dislokation eines kontrazeptiven Intrauterinpessars (IUD, einheimischer Typ DANA 2) mit unvollständiger Perforation der Gebärmutterwand beschrieben, die wahrscheinlich bei seiner Insertion entstand. Das Pessar wurde operativ entfernt.

Trotz der erfolgreichen Antikonzeption bringt die Methode mittels des kontrazeptiven Intrauterinpessars (IUD) auch Gefahren und Komplikationen mit sich, so z. B. die Expulsion des Pessars, unerwünschte Schwangerschaft, unregelmäßige Menstruationen und allfällige Gebärmuttererschädigung. In diesem kasuistischen Beitrag möchten wir über eine Komplikation in Verbindung mit dem Intrauterinpessar berichten.

Beschreibung des Falles

Die 1930 geborene Patientin O. P. wurde im August 1969 in unserer Klinik aufgenommen (Krankengeschichte Nr. 12 234/1969). Ihre Familienanamnese ist hinsichtlich der zu beschreibenden Komplikation unbedeutend. Die eigene Vorgeschichte: Menarche im 13. Lebensjahr, Zyklus: 28/1 bis 3 Tage, 1946 Appendektomie, 1947 Tonsillektomie, 1960 und 1961 Spontangeburt. Im Mai 1967 wurde der Patientin ein 2mal frauenfaust-großes intraligamentäres Fibromyom entfernt, das aus der rechten Gebärmutterwand hervorging. Am 24. 8. 1967 wurde das Intrauterinpessar Typ DANA 2 eingeführt.

Nach 17 Monaten erfolgreicher Antikonzeption wurde aber die Patientin schwanger; im Januar 1969 wurde auf Wunsch die Gravidität legal unterbrochen. Während des Eingriffs und auch später gelang es nicht, das Pessar zu entfernen. Deshalb wurde die Patientin am 27. 8. 1969 mit der Diagnose Retention eines kontrazeptiven Intrauterinpessars hospitalisiert. Ergebnis der Röntgenuntersuchung (Prof. Dr. A. L á n y i , Dr. Sc., Vorstand der Radiologischen Klinik in Martin): Rechtsseitig 4 cm über der Symphyse projiziert sich der Kontrastschatten eines Fremdkörpers aus Kunststoff, der etwa 2,5 bis 3 cm groß und schmetterlingsförmig ist. Hysterosalpingographie (8 ml Kontrastmittel): siehe Abbildung 1. Das Cavum uteri hat linksseitig dreieckige Gestalt, die rechte Wand und das Horn sind verkürzt mit unregelmäßiger Kontur (wahrscheinlich Sekundärveränderungen in der Gebärmutterwand). Links dringt das Kontrastmittel frei durch den zarten Eileiter in die Peritonealhöhle, rechts keine Füllung. Der beschriebene Fremdkörper befindet sich in lateraler Lokalisation außerhalb der Gebärmutterhöhle, wie die Schrägaufnahmen zeigen. In der Lateralprojektion sieht man das Körperchen nicht, da die Knochenschatten diese Gegend überdecken. Etwa $\frac{1}{2}$ des Körperchens befindet sich in der Gebärmutterwand rechts über dem Isthmus. Ergebnis der Röntgenuntersuchung: Ein (Antikonzeptions-) Fremdkörperchen liegt lateral rechts extra cavum uteri, sein kleinerer Teil in der Gebärmutterwand über dem Isthmus.

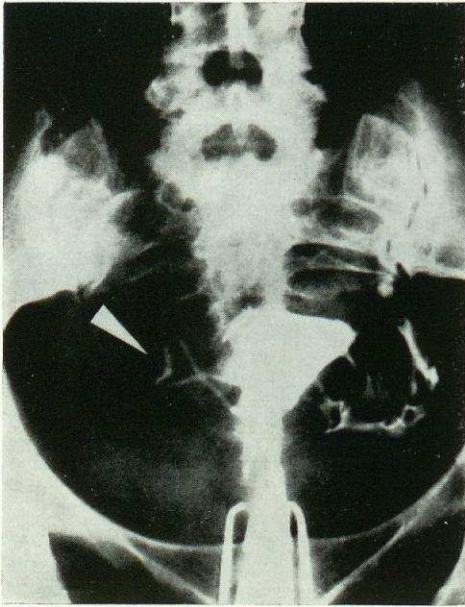


Abb. 1

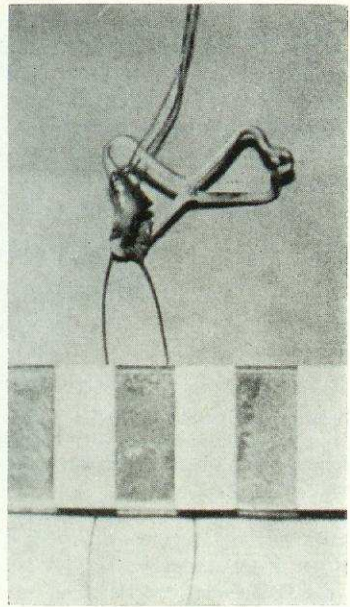


Abb. 2

Abb. 1. Hysterosalpingogramm (rechtsseitig IUD, linksseitig Kontrastmittel frei in der Peritonealhöhle). — Abb. 2. Kontrazeptives Intrauterinpessar nach Entfernung

Die Patientin wurde am 5. 9. 1969 operiert, wobei die linken Adnexe in Verwachsungen gefunden wurden. In der Gegend der rechtsseitigen Adnexe Status post myomectomiam mit Peritonealisation. Nach Lösung der Adhäsionen sieht man unter dem Peritoneum unmittelbar an der rechten Gebärmutterwand beim rechten Horn den oberen Bogen des kontrazeptiven Intrauterinpessars. Nach der Bauchfelldurchtrennung und weiterer Präparation wurde das Pessar freigelegt, dessen unteres Ende distal bis zur Ebene des Orificium internum canalis isthmis reicht; es ist zwar im Gewebe gelegen, man kann es aber verhältnismäßig leicht lockern und herausziehen. Es verbleibt nach ihm ein etwa 3,5 mm breiter und 4 cm tief verlaufender Kanal, der mit der Gebärmutterhöhle nicht zusammenhängt. Nach Entfernung des Pessars wird der Kanal vernäht und die Operationswunde mit Hilfe der freigelegten Plica vesicouterina peritonealisiert. Nach komplikationslosem postoperativem Verlauf wurde die Kranke am 13. Tag entlassen. Am Pessar wurden kleine Stückchen unspezifisches Granulationsgewebe gefunden (Abb. 2). Die Kontrolluntersuchungen (6 Wochen und 3 Monate nach der Operation) zeigten keine pathologischen Veränderungen, der Menstruationszyklus verlief regelmäßig.

Besprechung

Man kann annehmen, daß es im beschriebenen Fall zur Verlagerung des Pessars durch die geschädigte Gebärmutterwand wahrscheinlich bei dessen Einführung und nicht bei der Interruptio kam. Die Gebärmutterwand wurde wohl im geschwächten Gebiet der Myomektomie geschädigt. Die Uterusperforation bei der Einführung eines kontrazeptiven Intrauterinpessars ist eine verhältnismäßig seltene Komplikation, zu der es nach der Statistik von Tietze (1966) am ehesten dann kommt, wenn das Pessar in die Gebärmutter im Laufe des Wochenbetts oder gleich nach dessen Ende, gegebenenfalls vor der Menstruation eingeführt wird. Der genannte Autor gibt auf

100 Insertionen die nachstehenden Perforationszahlen an: Spiralen 0,03%, Schlingen 0,04%, Metallringe 0,1%, kleine schmetterlingsförmige Pessare 0,5%, große schmetterlingsförmige Pessare 0,8%. Den Nachrichten der WHO zufolge liegt das Vorkommen von Komplikationen bei „Schmetterlingen“ bei 1 : 200, bei den anderen Formen der Pessare bei 1 : 2000. Die Perforationen verlaufen oft ohne klinische Symptome und werden gewöhnlich später diagnostiziert.

Die Ansichten darüber, ob das außerhalb der Gebärmutter gelegene Pessar entfernt werden soll, falls es der Patientin keine Schwierigkeiten bereitet, sind nicht einheitlich. In unserem Fall wußte die Kranke davon und verlangte dringend die Entfernung des Pessars.

Schrifttum

1. Houdek, J., und Z. Pelák: Antikoncepce (tschech.), S. 155. Praha 1969.
2. Tietze, C., und S. Lewit: Excerpta Medica International Congress, Amsterdam, Series Nr. 54, 1962.
3. Tietze, C.: Amer. J. publ. Hlth 55 (1965) Nr. 12.
4. Tietze, C.: Amer. J. Obstet. Gynec. 96 (1966) 1043.
5. World Health Organisation Technical Report, Nr. 332, Series 1966.

Anshr. d. Verf.: Prof. MUDr. A. Ponfuch, CSc. und Dr. L. Sokolík, Gynekologicko-pôrodníka klinika LFUK, Martin (ČSSR), Kollárova 10