

SCHWANGERSCHAFT

Heterotope Gravidität nach Spontankonzeption

Ein Fallbericht

Kalliopi Evangelou¹, Georgios Karadaglis²

Die heterotope Gravidität ist ein seltenes Ereignis. Im Folgenden wird über eine spontane heterotope Gravidität berichtet, die in der 12. SSW wegen eines akuten Abdomens diagnostiziert wurde. Zum Zeitpunkt der Diagnose wurde eine positive Herzaktion bei beiden Feten festgestellt, trotz der offensichtlichen Ruptur der Extrauterin gravidität mit entsprechend freier Flüssigkeit intraabdominal. Die Extrauterin gravidität konnte erfolgreich laparoskopisch behandelt werden, die intrauterine Gravidität konnte ohne weitere Komplikationen bis zum errechneten Termin fortgeführt werden.

Die Angaben zur Inzidenz der heterotopen Gravidität variieren in der Literatur sehr stark. Obwohl allgemein eine starke Zunahme der Inzidenz im Rahmen der assistierten Reproduktion beschrieben ist, wurden bisher eher wenige, einzelne Fälle berichtet. Spontane heterotope Graviditäten werden immer noch als sehr selten angenommen. In den meisten Fällen wird neben der intrauterinen Gravidität eine Tubargravidität festgestellt, noch viel seltener eine intramurale, zervikale oder eine Gravidität in der Narbe einer vorausgegangenen Sectio.

Die Risikofaktoren für die Entstehung einer spontanen heterotopen Gravidität entsprechen im Allgemeinen denen einer Extrauterin gravidität.

Zum therapeutischen Vorgehen bestehen keine einheitlichen Empfehlungen, es werden fast gleichermaßen laparoskopische wie offen abdominale Vorgehensweisen beschrieben, meistens mit dem Ziel der Entfernung der Extrauterin gravidität, seltener mit

Injektion von Methotrexat im Bereich der Extrauterin gravidität.

Wir berichten im Folgenden über den Verlauf einer heterotopen Gravidität bei einer 29-jährigen Patientin, die in der 11+2 SSW laparoskopisch an der tubaren Gravidität operiert und im Verlauf in der 40+6 SSW spontan von einem gesunden Jungen entbunden wurde.

Kasuistik

Die 29-jährige Patientin stellte sich im Luisenhospital Aachen zunächst in der chirurgischen Ambulanz mit starken Abdominalschmerzen vor. Die Beschwerden waren anhaltend und eher progredient. Im durchgeführten Transabdominalultraschall wurde eine Gravidität intrauterin festgestellt sowie reichlich freie Flüssigkeit, sodass die konsiliarische Vorstellung in unserer Ambulanz erfolgte.

Anamnestisch war die Patientin gesund, III-Gravida, 0-Para bei Zustand nach zweimaliger Interruptio. Der Zeitpunkt der Amenorrhoe war zunächst unklar, die Patientin berichtete von einer vaginalen Schmierblutung vor zwei Wochen, die letzte reguläre Menstruation war vor zwei

Monaten bei sonst regelmäßiger Zyklusanamnese.

Zum Zeitpunkt der Vorstellung bestand keine vaginale Blutung. Die Patientin präsentierte das Bild eines akuten Abdomens mit massiven Schmerzen in allen Quadranten sowie Abwehrspannung in beiden unteren Quadranten. Die Sonografie bestätigte die freie Flüssigkeit und transvaginal konnten zwei vitale Graviditäten dargestellt werden, eine intrauterin und die zweite vermutlich in der linken Tube (s. Abb. 1).

Differenzialdiagnostisch käme sonst ein Uterus bicornis mit Geminigravidität in Betracht, bei allerdings progredienter Symptomatik der Patientin mit langsamer hämodynamischer Destabilisierung wurde die Indikation zur Abklärung mittels Laparoskopie gestellt. Intraoperativ zeigte sich massenhaft blutige Flüssigkeit im gesamten Abdomen sowie eine etwa 7–8 cm große Tubargravidität links. Die linke Tube war ab 2 cm lateral des Uterus aufgetrieben, die Fimbrien waren nicht eindeutig darstellbar (s. Abb. 2).



Abb. 1: Vaginalsonografischer Befund mit freier Flüssigkeit, intakter intra- und extrauteriner Gravidität

¹ Fachärztin
² Oberarzt
in der Frauenklinik des Luisenhospitals Aachen

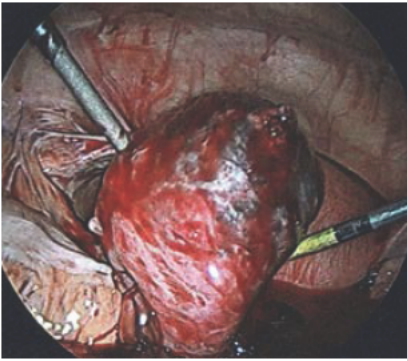


Abb. 2: Intraoperativer Befund mit reichlich blutiger freier Flüssigkeit und Extrauterin-gravidität links

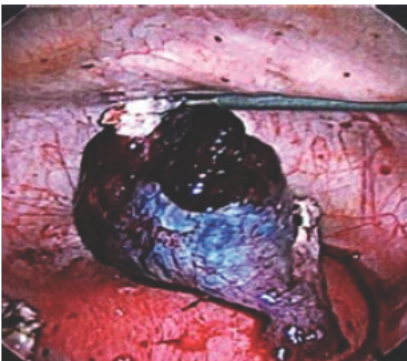


Abb. 3: Intraoperativer Befund: Salpingektomiepräparat

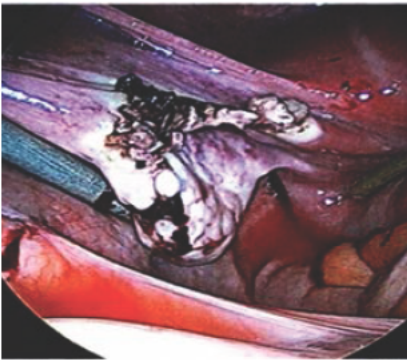


Abb. 4: Intraoperativer Befund nach Salpingektomie links, Darstellung des linken Ovars

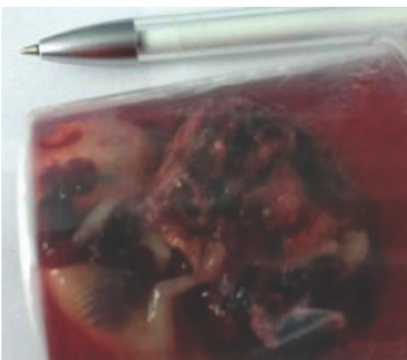


Abb. 5: Resektat der Extrauterin-gravidität

Eine Ruptur der linken Tube ließ sich, bei relativ eingeschränkten Sichtbedingungen, nicht sicher darstellen. Es wurde eine Salpingektomie links vorgenommen, die komplikationslos erfolgte (s. Abb. 3–5). Trotz des hohen Blutverlusts zeigte sich die Patientin hämodynamisch stabil, der postoperative Verlauf gestaltete sich unauffällig, die Entlassung der Patientin erfolgte am dritten postoperativen Tag. Der weitere Verlauf der intrauterinen Gravidität war ebenfalls komplikationslos, die Patientin wurde von einem gesunden Jungen mit einem Geburtsgewicht von 3.610 g spontan in der rechnerisch 40+6 SSW entbunden.

Diskussion

Innerhalb der letzten 20 Jahre, im Zusammenhang mit der Entwicklung der assistierten Reproduktion, ist die Inzidenz der heterotopen Graviditäten deutlich angestiegen. Das Auf-

treten einer spontanen heterotopen Gravidität wird jedoch immer noch als sehr selten geschätzt.

Eine frühe Diagnose ist schwer, hauptsächlich dadurch, dass eine simultane Extrauterin-gravidität häufig übersehen wird, weil auch nicht erwartet, nachdem eine intrauterine Gravidität festgestellt wurde. Die Risikofaktoren für eine heterotope Gravidität sind in der Literatur der Risiken einer EUG gleichgestellt, sie sind in der Tabelle unten dargestellt. Die beschriebenen begleitenden Symptome sind eher diffuse Abdominalschmerzen, mit oder ohne vaginale Blutung (Blutung in etwa 50–75 % der Fälle), und hypovolämischer Schock mit Abwehrspannung. Dadurch wird verständlich, dass die Diagnose aufgrund der Klinik fast ausschließlich in Zusammenhang mit einer rupturierten EUG gestellt wird. Die diagnostische Methode der Wahl ist unumstritten die Sonografie. Generell wird eine Kombination aus

Risikofaktoren der EUG und der heterotopen Gravidität

Risikograd	Risikofaktoren	Odds Ratio
hochgradig erhöhtes Risiko	Z. n. EUG	6,4
	Chlamydia trachomatis positiv	4,6
	Z. n. Tubenoperation	4,0
mittelgradig erhöhtes Risiko	Z. n. Adnexitis	3,4
	Promiskuität (>5)	1,6
	Zigarettenkonsum (10–19/Tag)	3,1
	Zigarettenkonsum (>20/Tag)	3,9
	Alter (≥40 Jahre)	2,9
	Z. n. Spontanabort (≥3)	3,0
	Sterilität	2,1–2,7
leichtgradig erhöhtes Risiko	Z. n. IUD	1,3
	Alter (30–34 Jahre)	1,3
	Alter (35–39 Jahre)	1,4
	Z. n. Nikotinabusus	1,5
	Zigarettenkonsum (1–9/Tag)	1,7
	Z. n. Spontanabort (1–2)	1,2
	Z. n. Interruptio	1,1–2,8
	Z. n. rupturierter Appendizitis	1,4

(nach 1)

Transabdominal- und Transvaginalultraschall empfohlen, damit auch noch seltenere höhere Einnistungen nicht übersehen werden.

Die Therapieoptionen können grundsätzlich in operative und nichtoperative Optionen unterteilt werden. Die Wahl der Therapieoption sollte in Abhängigkeit von der klinischen Situation der Patientin sowie der Lokalisation der EUG erfolgen. Bei den tubaren Extrauterin graviditäten ist meistens die Laparoskopie das Mittel der Wahl zur gleichzeitigen Diagnosesicherung und Therapie. Intraoperativ gibt es die Wahl zwischen einer Salpingotomie und einer Salpingektomie. Als Besonderheit bei den heterotopen Graviditäten gilt der Wegfall der Nachkontrolle der erfolgreichen Behandlung per Salpingotomie mittels Kontrolle von β -hCG. Bei den deutlich seltener auftretenden Fällen einer simultanen intrauterinen und ektopen intramuralen Gravidität stehen auch nichtinvasive Methoden zur Verfügung wie die Gabe von Methotrexat, KCl oder hyperosmolaler Glukose, welche in der Literatur in einzelnen Fällen beschrieben sind. Da allerdings insgesamt über die heterotope Gravidität sehr geringe Fallzahlen existieren, ist eine genauere Evaluation der Applikation von fetoziden Substanzen nicht möglich.

Schlussfolgerung

Nach spontaner Konzeption ist die heterotope Gravidität weiterhin eine seltene Diagnose. Die häufigere Anwendung der assistierten Reproduktionsmedizin und die Zunahme des durchschnittlichen Alters der wegen Kinderwunsch behandelten Frauen erhöhen das Risiko für eine heterotope Gravidität erheblich. Die Diagnose sollte so früh wie möglich angestrebt werden, um weitere Risiken für Mutter und Kind zu vermeiden. Aufgrund der wenigen, meist nicht vergleichbaren kasuistischen Mitteilungen über auf unterschiedliche Weise erfolgreich therapierte heterotope Graviditäten kann derzeit

keine allgemein gültige Empfehlung zur Vorgehensweise gegeben werden. Jede Verzögerung der Therapieentscheidung nach Diagnosesicherung birgt jedoch das Risiko einer Ruptur mit massiver Blutung und damit Gefährdung der werdenden Mutter. Eine Alternative zur operativen Behandlung stellt die Applikation von fetoziden Substanzen dar.

Literatur

1. Diesch CH: Heterotope Schwangerschaft – eine aktuelle Literaturübersicht. *Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe* 23 (2005) (1) 17–21.
2. Kratschla-Apochal A, Nauer C, Bolla C: Heterotope Schwangerschaft bei einer spontan eingetretenen Schwangerschaft: Fallvorstellung. *Geburtsh Frauenheilk* 72 (2012) 63–642.
3. Knitz R, Bollmann W, Kolben M: Erfolgreiche operative Behandlung einer heterotopen – interstitiellen und intrauterinen – Gravidität nach In-vitro-Fertilisierung (IVF). *Geburtsh Frauenheilk* 67 (2007) 480–482.
4. Basile F, Di Cesare C, Quagliozzi L et al.: Spontaneous heterotopic pregnancy, simultaneous ovarian, and intrauterine: a Case report. *Case Rep Obstet Gynecol* (2012) 2012: 509694.
5. Govindarajan MJ, Rajan R: Heterotopic pregnancy in natural conception. *J Hum Reprod Sci* 1 (2008) (1) 37–38.
6. Umranikar S, Umranikar A, Rafi J et al.: Acute presentation of a heterotopic pregnancy following spontaneous conception: a case report. *Cases Journal* (2009) 2:9369.
7. Beyer DA, Dumesic DA: Heterotopic pregnancy: an emerging diagnostic challenge. *OBG Management* (2002) October: 36–46.
8. Sepilian VP, Wood E, Rivlin ME et al.: Ectopic Pregnancy. <http://emedicine.medscape.com/article/2041923-overview>, 6.5.2013.



Für die Autoren

MUDr.
Georgios Karadaglis
 Frauenklinik
 Luisenhospital Aachen
 Boxgraben 99
 52064 Aachen
 georgios.karadaglis@
 luisenhospital.de