

Lebendgeburt und Uteruserhalt bei Cervixschwangerschaft

Angela Königer^{1,3}, Buu-Phuc Nguyen¹, Antonella Iannaccone¹, Nikolaos Koliastas¹, Jens Theysohn², Rainer Kimmig¹

¹Universitätsfrauenklinik Essen, Hufelandstr. 55, 45147 Essen; ² Universitätsklinikum Essen, Institut für Radiologie und Neuroradiologie, Hufelandstr. 55, 45147 Essen ; ³ Klinik St. Hedwig, Steinmetzstrasse 1-3, 93049 Regensburg

Kontakt: angela.koeninger@barmherzige-regensburg.de

Eine IIG II Para im Zustand nach zwei Sectiones stellte sich in der 8. Schwangerschaftswoche (SSW) mit einer Cervixschwangerschaft vor. Der Gestationssack befand sich kaudal des inneren Muttermundes in der Endocervix (Abb. 1). Sonographische Kriterien einer AIP (abnormally invasive placenta) waren in Form einer Hypervaskularisation vorhanden (Abb. 2). Aufgrund der fehlenden Dezidua war eine hochgradige Plazentationsstörung zu erwarten, da das normale Endometrium (Dezidua) eine physiologische Barriere des plazentaren Wachstums darstellt; in Kombination mit der fehlenden Kontraktionsfähigkeit der Cervix war eine Massivblutung bei Plazentaablösung ebenfalls hochwahrscheinlich. Die Patientin entschied sich eindeutig für das Austragen der Schwangerschaft, auch wenn zu diesem Zeitpunkt kein Fall einer Cervixschwangerschaft in der Weltliteratur beschrieben war, der mit einer Lebendgeburt endete. Alle bis zu diesem Zeitpunkt veröffentlichten Fälle beschrieben eine Abortinduktion im ersten oder zweiten Trimester mit schwerwiegenden mütterlichen Blutungen.

In unserem Fall erfolgte der 12. SSW eine prophylaktische Cerclage zur Blutungsvermeidung durch die physiologische Zervixdehnung. Zu diesem Zeitpunkt lagen nur leichtgradige Schmierblutungen vor. Zur Infektionsprophylaxe bei fehlender Cervixbarriere wurden wöchentliche Vaginalspülungen mit einem Schleimhautdesinfektionsmittel einschließlich klinischer Untersuchung und Abstrichentnahme durchgeführt. Es traten im weiteren Verlauf keine vaginalen Blutungen oder Beschwerden auf. Die Patientin wurde in der 26. Woche stationär aufgenommen, da ein langer Anfahrtsweg vorlag und Blutungen erwartet wurden. Diese traten erfreulicherweise nie auf. In der 30+0. SSW veranlassten unspezifische Schmerzen zur Sectioindikation.

Im Rahmen der Sectio erfolgte die Kindsentwicklung durch eine sehr kaudale transversale Cervikotomie, da die Plazenta die Cervix glockenartig ausfüllte und den inneren Muttermund von kaudal her bedeckte (Abb. 3). Die Plazenta wurde in situ belassen. Anschließend erfolgte durch Kollegen der Radiologie eine Embolisation über die A. uterina beidseits mittels kalibrierter Partikel (700-1200µm Durchmesser), technisch ähnlich einer Uterus-Arterien-Embolisation bei Uterusmyomen. Zwei Tage später zeigte sich sonographisch eine avaskuläre, partiell gelöste und in echoleerer Flüssigkeit flottierende Plazenta ohne vaginale Blutung (Abb. 4/5); zudem zeigte sich eine Makrohämaturie. Die Patientin entwickelte Fieber. Es erfolgte die Re-Laparotomie mit erneuter Cervikotomie an einer kranialen Stelle, an der die Plazenta nicht mehr anhaftete und anschließend die komplette Entfernung der bereits partiell abgelösten Plazenta (Abb. 6/7). Es zeigte sich eine Blasenläsion mit Verbindung zum Cervixinneren, welche die Makrohämaturie erklärte. Durch eine Portioplastik (Invertierung der Muttermundslippen, Abb.8) wurde eine rasche Blutstillung erreicht. Gesamthaft erhielt die Patientin 8 Erythrozytenkonzentrate ohne lebensbedrohliche Kreislaufinstabilität.

Zusammenfassend ist dies der erste Fall, der ein erfolgreiches Austragen einer reinen Cervixschwangerschaft mit Lebendgeburt beschreibt. Zudem konnte der Uteruserhalt ermöglicht werden.







