

# WISSEN AKTUELL

Ostschweizer OSGG-Symposium in Näfels

## Man muss schon viel wissen, um nichts zu tun



**Geburtshilfe und Gynäkologie sind nichts für Macher, in vielen Bereichen ist ein überlegtes Vorgehen und Abwägen von Pro und Contra ein Muss. Beim Ostschweizer Symposium für Geburtshilfe und Gynäkologie 2012 wurde häufig von den Referenten aus der praktischen Erfahrung heraus zur Bedachtsamkeit aufgerufen. Bei der Diskussion, was tun bei Restgewebe in utero ebenso wie bei der Geburtseinleitung nach einer Sectio geht es meist nicht um rasches, sondern überlegtes Handeln.**

Das Ultraschallgerät ist aus dem Kreissaal, auf der Wöchnerinnen-Station und in der geburtshilflichen Ambulanz unverzichtbar geworden. Es kann zur Beurteilung des postpartalen Uterus sehr hilfreich sein, wenn der Anwender geübt darin ist, die Befunde richtig zu interpretieren. **Ao Univ. Prof. Christoph Brezinka** aus Innsbruck empfiehlt denn auch allen jungen Ärzten in Ausbildung, sich mit Zustimmung der Patientinnen bei einigen normalen Geburten über den sonographischen Anblick des postpartalen Uterus kundig zu machen, um dann leichter einen pathologischen Verlauf als solchen erkennen zu können. Er empfahl in Näfels auch, sich ein Befundalbum anzulegen. RPOC Retained products of conception (retinierte Schwangerschaftsprodukte) umfassen Plazentarestes nach Termingeburt, Frühgeburt, Abortusrest nach Spontanabgang oder Schwangerschaftsabbruch. Sie verursachen Blutungen, Schmerzen und Infektionen der retinierten Schwangerschaftsprodukte sind gefürchtet.

### Schweizerkäseartige Lakunen

Was kann der Erfahrene an Befunden unterscheiden? Gleich nach der Geburt nimmt die plazentaafreie Uteruswand an Dicke zu, während die Wand, an der die Plazenta haftet, dünn (<1 cm)

bleibt. In der Folge verdickt sich die Uteruswand, an der die Plazenta anliegt, auf über 2 cm, es ist diese Verdickung, die die eigentliche Lösung der Plazenta bewirkt. Im Ultraschall gibt die im Cavum uteri liegende gelöste Plazenta, umgeben von Blutkoageln, ein sehr variables Bild, wichtig ist, dass es von der am Uterus festhaftenden Plazenta unterschieden werden kann. Das Gebiet, in dem die Plazenta dem Myometrium anhaftet, soll im Ultraschall genau durchgemustert werden. Das Fehlen eines retroplazentaren Strombettes, also einer echoarmen Schicht zwischen Myometrium und Plazenta mit direktem Übergang der Plazenta ins Myometrium, muss den Verdacht auf eine mögliche Placenta accreta, increta oder percreta entstehen lassen. Weitere Alarmzeichen sind grosse »schweizerkäseartige« Lakunen in der Plazenta. Das oben erwähnte auffallend dünne Myometrium im Bereich der Plazentaadhäsion sagt nur aus, dass die Plazenta noch nicht gelöst ist, nicht jedoch, ob ein invasives Plazentawachstum besteht. „Eine echodense, gut abgegrenzte Struktur im cavum uteri mit und ohne Gefässstil und eine starke Durchblutung des Myometriums sind höchst verdächtig auf retiniertes Plazentagewebe“, führte Prof. Brezinka aus.

### Ashermann Falle

Findet sich Restgewebe in utero nach Geburt und Abort wird die Frage, was tun, nicht nur für den akuten Fall relevant. Die bislang geübte Praxis, die Indikation für eine Kürettage grosszügig zu stellen, wird durch zunehmende Prozesse wegen eines möglichen Kunstfehlers in Frage gestellt. Prof. Brezinka: „Heute haben wir die Drohung in beide Richtungen. Entweder man hat einen Plazentarest übersehen und/oder nicht gründlich genug abradiert oder man hat durch zu gründliches Abradiieren ein Asherman-Syndrom produziert und wird möglicherweise deswegen belangt.“



(v. li. n. re.): Prof. Eiko E. Petersen,  
Prof. Irene Hösli, Prof. Christoph Brezinka

„Um als Arzt nicht in die Asherman Falle zu tappen. empfiehlt es sich, den automatischen Reflex der gründlichen Abrasio bei allen Problem(chen) zwei oder 20 Tage nach Geburt und Abort zu hinterfragen“ riet Prof. Brezinka. Es gelte, die konservativen Massnahmen auszuschöpfen. Werde eine Abrasio angesetzt, so müsse über die Möglichkeit eines Asherman aufgeklärt werden – schon im eigenen Interesse, so der Experte.

Was ist das Asherman-Syndrom? Da es sieben verschiedene Klassifikationssysteme gebe und keines validiert sei, eine schwierige Antwort. Es bezeichnet Verwachsungen beziehungsweise Verklebungen (Synechien) der Gebärmuttervorder- und -rückwand, die meist durch eine Kürettage bedingt sind. Folgen können eine Amenorrhoe, Hypomenorrhoe, habituelle Aborte und eine sekundäre Sterilität sein. Zudem schwankt die Verbreitung von „habe ich noch nie gesehen“ bis hin zu „zeigt sich nach jeder dritten Abrasio“. Viele der Therapien des Asherman sind ebenfalls nicht durch Studien untermauert.

Für den sonographischen Ausschluss von Restgewebe gibt es bis anhin keine standardisierten Richtwerte, und in der Praxis kann Unsicherheit im Umgang mit inhomogenen oder hoch aufgebauten Endometriumbefunden bestehen. So viel als möglich schalen, bei normalen Abläufen und wenn Unsicherheiten bestehen. Die Interpretation sonographischer Befunde bedarf einer gewissen Erfahrung, wie Prof. Brezinka zeigte, um für die Patientinnen eine Überdiagnostik und eine Übertherapie aus Unsicherheit zu vermeiden. Bei genügend Erfahrung der Untersucher in der Interpretation der sonographischen Befunde kann vielen Frauen eine Kürettage erspart bleiben. Viele Fälle können bereits bei der ersten Nachkontrolle abgeschlossen werden. Abgesehen vom Mehraufwand für die Patientinnen können so Ressourcen gespart werden.

Für die postpartale Situation gelte auch, dass es normal sei, wenn eine Frau bis zu 6 Wochen nach der Geburt leichte Blutungen habe. Und selbst dann könne man bei einem guten Blutbild noch weiter abwarten. Bei einem schlechten Blutbild würde Prof. Brezinka eine Hysteroskopie durchführen.

### Einleiten nach Sectio

Das Pro und Kontra der vaginalen Geburt nach einer Sectio diskutierte **Prof. Irene Hösli**, Basel. Die Kaiserschnitttrate nimmt in vielen Geburtskliniken weiter zu und damit auch die Wahrscheinlichkeit, dass bei einer Folgeschwangerschaft entschieden werden muss, ob eine weitere Geburt vaginal erfolgen kann oder die Geburt von vornherein durch Sectio geplant wird. In den USA sei das aufgrund von Haftungsproblemen keine Diskussion, dort finden kaum Vaginalgeburten nach Sectio statt, führte Prof. Hösli aus.

In Basel sind Geburtshelfer und Hebammen sehr wohl bereit, Frauen mit dem Wunsch nach einer natürlichen Geburt nach Sectio zu betreuen. Wichtig sei eine dokumentierte Beratung in der Frühschwangerschaft und die Vorstellung in der Geburtsklinik. Grundvoraussetzung sei die Möglichkeit zur notfallmässigen Laparotomie bei Komplikationen und die Berücksichtigung aller individueller Risiko- und Prognosefaktoren. Die höchste mütterliche und neonatale Morbidität/Mortalität bestehe bei einer Notfallsectio, diese gelte es zu vermeiden. Kontraindikationen für eine vaginale Geburt nach Sectio sind z. B. ein Zustand nach Uterusruptur, ein Gewicht des Kindes von mehr als 4000 g oder eine nicht quer-isthmische Schnittführung bei der ersten Sectio. Unter Einbezug prädiktiver Faktoren und spontaner Wehen bestehe eine grosse Wahrscheinlichkeit einer komplikationsfreien vaginalen Geburt bei Status nach Sectio, die Erfolgsrate liege bei 94%.

Die Hebammen sind meist nicht sehr begeistert, wenn so eine Geburt medikamentös eingeleitet wird. Ob eine Geburtseinleitung erfolgen sollte, unterliegt strengen medizinischen Kriterien. Die mütterlichen und kindlichen Risiken einer Geburtseinleitung nach Sectio müssen gegen diejenigen einer elektiven Re-Sectio abgewogen werden. Ansonsten sind die Voraussetzungen für eine Einlei-



Lintharena in Näfels – viele kamen...

tung nach Sectio denjenigen der „normalen“ Geburtseinleitung vergleichbar. Als prädiktiver Faktor für eine erfolgreiche Einleitung gilt dabei der Reifegrad der Zervix (Bishop-Score  $\geq 6$ ), dieser bestimmt im Weiteren auch die Wahl des Einleitungsverfahrens. Niedrige Dosierungen, zeitliche Begrenzung, engmaschige intrapartale Überwachung, Informed consent bei off label use und Beachtung der SGGG Empfehlung.

Aus retrospektiven Daten (Lydon-Rochell) wurde ein erhöhtes Rupturrisiko nach Einleitung mit Oxytocin, mit Prostaglandin E2, mit Prostaglandin und Oxytocin und insbesondere nach Einleitung mit Prostaglandin E1 im Vergleich zum spontanen Wehenbeginn nachgewiesen, führte Prof. Hösli aus. Die Gabe von Misoprostol bei Status nach Sectio sei darum kontraindiziert. Die Häufigkeit der Uterusruptur liegt bei 0,3 bis 0,7%. Kommt es dazu, so muss innerhalb von kürzester Zeit die Sectio erfolgen können.

### Quälendes Abwarten

Viel zu lange zugewartet wird leider oft bei Vulvaerkrankungen. Jucken, Brennen und Schmerzen des äusseren Genitales sind häufig, betreffen Frauen jeden Alters und führen die Patientinnen meist direkt zum Gynäkologen. **Prof. Eiko E. Petersen**, Freiburg D, ist spezialisiert auf langwierige, hartnäckige Vulvaerkrankungen. Zu ihm kommen oft Frauen nach einer langen Odyssee, bei denen keine Veränderungen sichtbar sind, die aber einen hohen Leidensdruck haben.

Bei akuten oder chronischen Affektionen seien Anamnese, Kolposkopie und Nativmikroskopie essenziell, eine Mikrobiologie oder gar Probenbiopsie hingegen sei zweitrangig, so der Experte. Er unterscheidet anhand der Symptome Brennen und Jucken. Klassischerweise sind akute starke brennende Schmerzen und Rötung durch eine akute Infektion bedingt, so der Experte. Die schmerzhafteste Affektion sei der primäre Herpes genitalis. Er werde klinisch diagnostiziert am bunten Bild von Läsionen über die gesamte Vulva und dem Introitus Vaginae verteilt, zusammen mit vergrösserten und

schmerzhaften Leistenlymphknoten. „Je früher die orale Therapie mit z.B. Aciclovir einsetzt, desto schneller vergeht der Schmerz und beginnt die Heilung“ mahnte Prof. Petersen. Leider neige die Erkrankung, wie bei Herpesviren üblich, zum Rezidiv.

Die wichtigste Differenzialdiagnose zum Herpes genitalis sei ein Morbus Behçet, der durch tiefe, so gut wie immer beidseitige Ulzera charakterisiert sei. Auch ein Lichen planus erosivus verursacht im Introitusbereich heftige Schmerzen durch den Verlust des Epithels. Der Lichen planus entwickle sich meist aber über Jahre, beginne mit Juckreiz und erst im Spätstadium komme es zu Brennen und Berührungsschmerz. In dem Zusammenhang der Rat des Experten, den Patientinnen auch Mal in den Mund zu schauen. Sind auch dort Auffälligkeiten am Zahnfleisch oder an den Wangen farnkrautartige weissliche Veränderungen zu sehen, dann spricht das für einen Lichen planus.

Klagen Patientinnen über Berührungsschmerz, ohne dass sich Vulvaveränderungen finden lassen und sind bereits alle möglichen Therapien ohne Erfolg gelaufen, so sei die Diagnose einer irritativen Dermatitis wahrscheinlich. Viele Bezeichnungen (Vulvitis, Vestibulitis, Vulvodynie, burning syndrome) beschreiben dieses Beschwerdebild. Als Ursache kommen mechanische und chemische Unverträglichkeiten in Frage, die zu einer Irritation der Haut geführt haben. Prof. Petersen empfiehlt bei irritativer Dermatitis: Aufhören mit allen bisherigen Lokalmassnahmen und Reinigungsritualen. Die Haut vor jeder Belastung (Wasserlassen, Stuhlgang, Geschlechtsverkehr) einfetten z. B. mit Deumavan®.

► SMS

Quelle: 15. Ostschweizer Symposium für praktische Gynäkologie und Geburtshilfe, 8.-9. November 2012, Näfels

## ANKÜNDIGUNG

Vol. 3 – Ausgabe 01 – Februar 2013

### Was bietet Ihnen die kommende Ausgabe?



**FORTBILDUNG** ➔ Genitaleszenus: Stellenwert der Netzchirurgie  
Medikamentöse Krebstherapie der Zukunft  
Drogenkonsum und Schwangerschaft

**MEDIZIN FORUM** Hauterkrankungen mit vulvärer Manifestation

**KONGRESS** Ostschweizer Symposium für praktische Gynäkologie und Geburtshilfe in Näfels – Teil 2