

Schwangerschaft mit unklarer Lokalisation

In den letzten 30 Jahren haben die Bestimmung des hCG's und die Vaginalsonographie die Diagnose einer gestörten Frühgravidität bzw. einer extrauterinen Schwangerschaft revolutioniert. Beide Tests gehören zum Standard in der Abklärung solcher Fragestellungen und haben wesentlich dazu beigetragen, die Mortalität infolge einer Tubargravidität zu senken bzw. irrtümliche Abbrüche wegen zu früher Diagnose „Missed abortion“ zu limitieren. Das Schwergewicht dieser Zusammenstellung wird sein, die diagnostischen Schritte bei unklarer Situation in der Frühest- und Frühschwangerschaft zu diskutieren um den Einsatz dieser diagnostischen Hilfsmittel und die daraus resultierenden therapeutischen Schritte zu optimieren. Dies ganz im Sinne des Grundsatzes „Primum non nocere“!

Wenn man sich mit diagnostischen Test und dessen Performance auseinandersetzt, so ist es immer wichtig sich zu vergegenwärtigen, in was für einem Kollektiv und in welcher klinischen Ausgangssituation diese Tests untersucht bzw. eingesetzt worden sind. Es ist klar, dass bei symptomatischen Frauen, sei es wegen Unterbauchschmerzen bei/oder vaginaler Blutung und natürlich positivem Schwangerschaftstest, die differentialdiagnostischen Überlegungen ganz anders sein werden als im Rahmen der Suche nach dem Schwangerschaftsprodukt nach reproduktionsmedizinischen Massnahmen oder beim frühen Ultraschall wegen Zustand nach Tubargravidität oder bei unklarer Amenorrhoe. Der Abort und die Extrauterinravidität sind zwei wichtigen Pathologien welche sich in ihrer Erscheinung durchaus überschneiden können und welche so gut als nur möglich auseinandergehalten werden müssen. Die differentialdiagnostische Weichenstellung übernimmt dabei die Höhe des hCG-Wertes und ob man sonographisch etwas nachweisen kann oder nicht.

Hinter der Bezeichnung „pregnancy of unknown location“ (PUL) werden verschiedene Entitäten subsummiert wovon die Extrauterinravidität (EUG) die wichtigste Diagnose darstellt und in 6-20% der PUL-Fälle vorgefunden wird. Häufiger ist tatsächlich ein Abortgeschehen („biochemische“ Schwangerschaft) oder es ist einfach noch zu früh um etwas zu sehen. Letztere Situation macht etwa 30-47% des PUL Kollektives aus. Es ist gut nachvollziehbar, dass bei diesen Frauen ein gewisses Potential besteht unnötige Ängste und Stress zu generieren und nicht zuletzt stellt sich auch die Frage nach den Kosten welche verursacht werden. Die biochemische Schiene zur Differentierung zwischen high und low risk PUL im Hinblick auf eine mögliche EUG spielt eine entscheidende Rolle. Ein initiales hCG < 3000 IU/ml weist eine Sensitivität (mögliche EUG) von lediglich 40% auf und eine Spezifität (geringes Risiko für EUG) zwischen 86-98%. Eine Kontrolle des hCG-Verlaufs liefert wichtige Hinweise für die Differentierung zwischen normal und verdächtig. So ist ein Anstieg >66% am Tag 2 und

insbesondere ein Anstieg am Tag 4 > 85% oder am Tag 7 >95% praktisch beweisend für eine normale Schwangerschaft. Ein Abfall des hCG von >13-35% am Tag 2 spricht für ein Abortgeschehen. Anders zu werten ist ein Anstieg von weniger als 66% oder ein Abfall von <13% am Tag 2. Das Risiko einer EUG ist dabei erhöht und eine Verlaufsonographie im Abstand von einer Woche oder bei einem zu erwartenden hCG >1000IU/ml sollte veranlasst werden.

Sobald im Schall eine intrauterine Struktur (oder eine parauterine EUG) gesehen wird, nimmt die differentialdiagnostische Relevanz des hCG's ab und sonomorphologische wie auch biometrische Parameter wie die Schädelsteisslänge, der Fruchtsack- oder Dottersackdurchmesser bzw. dessen Vorhandensein werden kritisch in der Differenzierung einer gestörten intrauterine Gravidität bzw. einer normalen Frühschwangerschaft. Obschon man den Eindruck hat, dass im Falle einer intrauterinen Struktur die klinische Situation einfacher anzugehen wird, zeigt eine kürzlich erschienene Metaanalyse dass die diagnostischen Kriterien uneinheitlich gehandhabt werden und entsprechend die Definitionen einer gestörten Frühschwangerschaft entsprechend variieren zwischen den vers. Fachgesellschaften. Diagnostisch für eine Missed abortion gilt ein Embryo mit einer SSL \geq 7mm ohne Herzaktionen oder eine Fruchtblase \geq 25mm ohne embryonale Strukturen. Unterhalb der erwähnten Masse darf die Diagnose einer Missed abortion oder einer anembryonalen Schwangerschaft nicht gestellt werden. Natürlich sind eine Blasenmole, eine Zervix- oder Narbenschwangerschaft oder sonographisch eine EUG (insbesondere wenn vital) ebenfalls klare Hinweise für eine gestörte Gravidität. Andere abnorme fetale Befunde können z.B. ein kollabierter Dottersack sein oder ein zu grosser Dottersack (>5mm). Währendem im ersten Fall die Ursache des Abortes eher auf dem Boden einer vaskulären Problematik zu suchen ist, sind im zweiten Fall Aneuploidien überrepräsentiert, speziell die Trisomie 22.

Zusammenfassung

Es ist wichtig die Indikation zum frühen Ultraschall streng zu stellen und die Klinik in der Entscheidungsfindung mit zu berücksichtigen. Damit kann einerseits Angst vermieden werden und andererseits unnötige Interventionen wie Curettagen oder gar die Gabe von Metrothrexit verringert werden. Das hCG und v.a. dessen Verlauf spielt dabei eine zentrale Rolle. Bei denjenigen Situationen wo im Ultraschall der Befund unklar ist, sollte man sich ganz streng an die internationalen Vorgaben zur Diagnose einer Missed abortion bzw. einer anembryonalen Schwangerschaft halten.

Verfasser: Prof. L. Raio Bulgheroni