

83 30-jährige schwangere Patientin mit vaginalen Blutungen

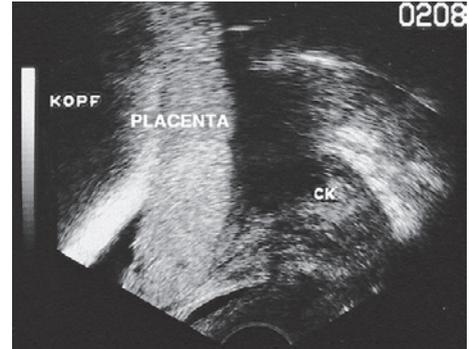
Sie haben am Heiligen Abend Nachtdienst im Kreißaal und werden von der Leitstelle informiert, dass ein Rettungswagen mit einer 30-jährigen Mehrgebärenden unterwegs sei, bei der ca. 1 Stunde zuvor vaginale Blutungen eingesetzt hätten. Sie habe keine Schmerzen, befinde sich etwa im 7. oder 8. Schwangerschaftsmonat (letzte Periode: 1. Juni), stamme aus Bosnien und sei erst

seit einigen Tagen in Deutschland. Eine medizinische Betreuung der Schwangerschaft habe bisher nicht stattgefunden, ein Mutterpass oder ein ähnliches Dokument existiere nicht. Der Ehemann spreche gut Deutsch und könne dolmetschen. Die Patientin sei kreislaufstabil, man habe einen großlumigen venösen Zugang gelegt.

83.1 An welche Differenzialdiagnosen müssen Sie bei Blutungen in der 2. Schwangerschaftshälfte denken? Nennen Sie jeweils die Leitbefunde!

83.2 Wie gehen Sie beim Eintreffen einer Patientin mit vaginalen Blutungen in der 2. Schwangerschaftshälfte im Kreißaal vor? Listen Sie Ihre ersten Maßnahmen in sinnvoller Reihenfolge auf!

„Mutter und Kind wohlauf, Schmierblutung ex utero“ teilen Sie der Hebamme nach Abschluss Ihrer Diagnostik (s. Abb.) mit. „Ich bespreche jetzt alles Weitere mit der Patientin!“



Sonografie: Plazenta. aus: Sohn, S., Krapfl-Gast, A., Schiesser, M., *Sonographie in Gynäkologie und Geburtshilfe*, 2. Auflage, Georg Thieme Verlag, 2001.

83.3 Wie lautet Ihre Diagnose? Welches weitere Vorgehen besprechen Sie mit der Patientin?

83.4 Zu welchem weiteren Vorgehen hätten Sie sich entschlossen, wenn das Datum der letzten Periodenblutung nicht der 1. 6., sondern der 1. 4. gewesen wäre?

→ Antworten und Kommentar Seite 216

2 Patientinnen mit Wunsch zum Wechsel der bisherigen Verhütungsmethoden

In Ihrer Praxis stellt sich eine 38-jährige Patientin vor, die Sie wegen einer Hypermenorrhö um die Entfernung ihrer seit 6 Monaten liegenden Kupferspirale bittet. Die Familienplanung sei definitiv abgeschlossen. Die Pille lehnt die Patientin ab, da sie sich selbst als „unzuverlässig“ bezüglich einer regelmäßigen Anwendung einstuft. Am liebsten sei ihr eine Methode, an die sie gar nicht denken müsse und die spontanen Geschlechtsverkehr erlaube.

Ihre zweite Patientin an diesem Tag ist 30 Jahre alt, hat einen gesunden Sohn und strebt eine weitere

Schwangerschaft in 6–12 Monaten an. Eine hormonelle Verhütung oder Spirale lehnt sie mit dem Hinweis kategorisch ab, dass dies in unnatürlicher Weise in ihr Zyklusgeschehen eingreife. Bislang hätten sie und ihr Partner mit Kondomen verhütet, ihr Partner wolle dies nun allerdings nicht mehr. Der Zyklus der Patientin ist absolut regelmäßig (28/4–5 Tage), wie Sie aus den mitgebrachten Protokollen der letzten 9 Zyklen entnehmen können. Die Patientin beschreibt sich als sehr motiviert und ist auch bereit, zu bestimmten Zeitpunkten auf Geschlechtsverkehr zu verzichten.

84.1

Welche Kontrazeptionsmethoden können Sie der ersten Patientin empfehlen? Nennen Sie ihr die wichtigsten Nebenwirkungen und Komplikationen bzw. Risiken der jeweiligen Methode!

84.2

Welche Methoden würden Sie der zweiten Patientin empfehlen? Klären Sie sie über die Zuverlässigkeit der von Ihnen empfohlenen Methoden auf!

84.3

Wie funktioniert die Zeitwahlmethode nach Knaus-Ogino?

84.4

Nach einer ausführlichen Beratung entschließt sich die zweite Patientin zur Anwendung eines Scheidendiaphragmas. Klären Sie sie über die korrekte Anwendung auf!

85 Patientin mit vaginaler Blutung und Knötchen in der Vaginalwand

In Ihrer Sprechstunde stellt sich eine 70-jährige Patientin mit vaginalen Blutungen vor. Seit wann die Blutungen bestehen, kann sie Ihnen nicht klar beantworten. Bei der Spekulumuntersuchung finden Sie im Bereich der vorderen Vaginalwand mehrere grau-rötliche, oberflächlich ulzerierte und bei Berührung blutende Knötchen von

ca. 1–2 cm Größe. Die weitere gynäkologische Untersuchung wird von der Patientin wegen Schmerzen nicht toleriert. Es gelingt Ihnen lediglich, mit der Biopsiezange ein Stück eines Knötchens zu entnehmen.

Sie vermuten ein Vaginalkarzinom.

85.1 Würde bei dieser Patientin ein Vaginalkarzinom im FIGO-Stadium IVa vorliegen, nach welchen weiteren Symptomen und Befunden müssten Sie dann suchen?

85.2 Worin unterscheidet sich die operative Behandlung primärer Vaginalkarzinome des oberen und des unteren Scheidendrittels? Warum wird dieser Unterschied gemacht?

85.3 Definieren Sie die Begriffe „Brachytherapie“ und „Afterloading“!

85.4 Woran müssten Sie denken, wenn die histologische Untersuchung ein „endometrioides Adenokarzinom“ ergeben hätte? Nennen Sie Ihren nächsten diagnostischen Schritt!

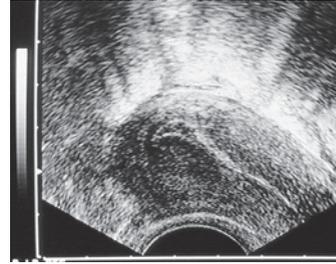
→ Antworten und Kommentar Seite 220



Antworten und Kommentare

1.1 Wie lautet Ihre Verdachtsdiagnose? Können Sie aufgrund der Befunde schon eine Aussage zur vermutlichen Lokalisation machen?

Uterus myomatosus: Aufgrund von Uterusvergrößerung, Hypermenorrhö, Menorrhagie (verlängerte Menstruation) und Anämie sowie dem typischen Sonografiebefund (glatt begrenzt, Echogenität wie Myometrium) handelt es sich am ehesten um ein Myom, Lokalisation: submukös oder intramural.



Sonografie: intramurales Vorderwandmyom. aus: Sohn, C., Checkliste Sonographie in Gynäkologie und Geburtshilfe, 2. Auflage, Georg Thieme Verlag, 2001.

1.2 Welche Operationsindikationen kennen Sie bei dieser Erkrankung? Ist speziell bei dieser Patientin eine Operation indiziert?

- **Blutungsstörungen:** Hypermenorrhö, Menorrhagie, Metrorrhagie (Zusatzblutung außerhalb der Periode) – insbesondere bei manifester Anämie
- **erhebliche Größe der Myome bzw. des Uterus myomatosus:** Verdrängungserscheinungen (z. B. Blase und Rektum)
- **Schmerzen:** wehenartige Schmerzen, wenn der Uterus auf das Myom mit Kontraktionen reagiert
- **Kinderwunsch:** bei Myom häufig Sterilität und Infertilität (s. Kommentar)
- **Komplikationen:** z. B. akutes Abdomen bei Stieldrehung eines subserösen Myoms (selten)
- **unklare Differenzialdiagnose Myom vs. Ovarialtumor:** eher bei subserösen oder intraligamentären Myomen
- **rasche Wachstumstendenz:** möglicher Hinweis auf eine maligne Entartung (Leiomyosarkom, <0,5% der Fälle)

Bei der hier vorgestellten Patientin besteht eine **OP-Indikation** aufgrund der Hypermenorrhö, der Menorrhagie und der Anämie.

1.3 Welche Operationsverfahren und Zugangswege kennen Sie?

- organerhaltende Therapie = **Myomenukleation** per Laparoskopie, Laparotomie oder bei entsprechender Lage auch per Hysteroskopie
- **Uterusexstirpation:** je nach Größe und Beweglichkeit des Uterus per Laparotomie, Laparoskopie, vaginal oder kombiniert vaginal/laparoskopisch (LAVH = laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie)

1.4 Wie würden Sie eine 52-jährige Patientin mit dem gleichen Krankheitsbild behandeln?

Die Indikation zur operativen Therapie wäre zurückhaltend zu stellen, weil in absehbarer Zeit die Menopause zu erwarten ist (Regression der Myome bei Wegfall der Östrogene).

konservative Behandlungsmöglichkeiten:

- **zyklische Gestagengabe** vom 16.–25. Zyklustag (z. B. Medrogeston 5–10 mg/d p. o.) zur Verminderung der Blutungsstärke oder
- **GnRH-Analoga** (z. B. Leuprorelinacetat) zur Volumenreduktion der Myome

Kommentar

Ätiologie und Diagnostik: Myome sind die häufigsten gutartigen Tumoren der Frau. **Östrogene** spielen bei der Entwicklung vermutlich eine Rolle. Die Diagnose wird durch die **vaginale Untersuchung** und die **Sonografie** gestellt.

Klinik: Blutungsstörungen (Dys- oder Hypermenorrhö, Menorrhagie, Metrorrhagie) sind die typischen Symptome intramuraler und submuköser Myome (keine Blutungsstörungen bei subserösen und intraligamentären Myomen!). Durch Kontraktionsbehinderungen kann die uterine Hämostase beeinträchtigt und die Menstruationsblutung verlängert

und/oder verstärkt sein. Zudem spielen auch Störungen im lokalen Blutstillungsmechanismus des über dem Myom liegenden Endometriums eine Rolle. Die **Entartungswahrscheinlichkeit** ist mit 0,2–0,5% zwar sehr gering, ein rasches Wachstum kann jedoch eine sarkomatöse Entartung andeuten. Bei Patientinnen mit unerfülltem Kinderwunsch sind Myome eine mögliche **Sterilitäts-** (z. B. Beeinträchtigung der Tubenmotilität, Verlegung der Tubenostien, gestörte Spermienaszension) und **Infertilitätsursache** (Störung der Implantation, habituelle Aborte).

Therapie: Kleine, symptomlose Myome bedürfen keiner Therapie (**no Symptoms – no Surgery**), aber einer regelmäßigen Kontrolle (ca. 1–2×/Jahr), um Aufschluss über ihre Wachstumstendenz zu erhalten. Ist ein operatives Vorgehen indiziert (Fragen 1.2–1.4), ist bei abgeschlossener Familienplanung wegen der hohen Rezidivrate (25% innerhalb der ersten 3 Jahre) eher eine **Hysterektomie** zu empfehlen. Bei Kinderwunsch erfolgt die **Myomektomie**. Bei intrakavitären Myomen ist eine hysteroskopische Entfernung möglich. Die Entscheidung Laparoskopie vs. Laparotomie hängt von Sitz, Größe und Anzahl der Myome ab. Zur Verkleinerung der Myome und auch bei ausgeprägter Anämie ist präoperativ eine Behandlung mit **GnRH-Analoga** möglich.

Ein relativ neues Therapieverfahren ist die **transarterielle Embolisation** der Gefäße, die das Myom versorgen.

Auch die Einlage einer **Levonorgestrel-freisetzenden Spirale** (Mirena®) kann durch die lokal proliferationshemmende Wirkung die Blutungsdauer und -menge verringern. Ein Be-

handlungsversuch wäre bei kleineren, intramuralen Myomen, die das Cavum nicht deformieren, gerechtfertigt.

Cave: Mirena® ist zwar zur Therapie der Hypermenorrhö zugelassen, laut Fachinformation ist der Uterus myomatös aber eine Kontraindikation (→ Patientenaufklärung!).

GnRH-Analoga werden bei älteren Patientinnen eingesetzt, um die Zeit bis zum Einsetzen der Menopause zu überbrücken, oder präoperativ, wenn eine Operation z. B. wegen ausgeprägter Anämie nicht sofort möglich ist. Bei geschlechtsreifen Frauen verbietet sich eine derartige Behandlung über einen längeren Zeitraum, da nach dem Absetzen mit einem erneuten Wachstum der Myome zu rechnen ist und durch das medikamentös ausgelöste Östrogendefizit die Knochendichte abnehmen kann.



ZUSATZTHEMEN FÜR LERNGRUPPEN

- Blutungsstörungen anderer Genese
- Myom – akutes Abdomen

89

Fall
2

2 Condylomata acuminata

2.1 Welche Diagnose stellen Sie?

Condylomata acuminata („spitze“ Kondylome, Feigwarzen): Auf der Abbildung sind Papillome im Bereich von Vulva und Anus zu sehen (teilweise blumenkohl- oder hahnenkammartig).

2.2 Welche Differenzialdiagnosen – unabhängig vom Patientenalter – kennen Sie bei papillären Befunden in der Anogenitalregion?

- **Vulvakarzinom:** Karzinome können klinisch als Ulzera, exophytische Tumoren oder warzenartige Veränderungen imponieren (s. Fall 21).
- **Mollusca contagiosa** („Dellwarzen“): kleine, zentral eingedellte, rötliche Warzen durch Poxvirus mollusci; Vorkommen v. a. bei Kindern und bei Immunsuppression (z. B. HIV-Infektion)
- **Condylomata lata:** breite, nässende und hochinfektiöse Papeln im Anogenitalbereich im Sekundärstadium der Lues
- **„echtes“ Papillom:** immer einzeln vorkommender, warziger, ungestielter Tumor
- **Bowenoide Papulose:** grau-weißliche (ähnlich Leukoplakie), aber auch erythematös-makulöse bzw. flach erhabene Papeln (können auch kondylomartig aussehen) durch eine Infektion mit HPV 16, 18, 31 oder 33; wird den VIN III (vulväre intraepitheliale Neoplasie) zugerechnet.

2.3 Welche Behandlungsformen kommen generell bei der gesuchten Erkrankung in Frage?

- **Lokaltherapie** mit Podophyllotoxin- (Zytostatikum) oder Imiquimod-haltigen (Zytokininduktor) Cremes oder Applikation von Trichloressigsäure; **Indikation:** neu aufgetretene, wenig verhornte, kleinere Läsionen; bei größeren, verhornten Befunden wegen unzureichender Eindringtiefe nicht zu empfehlen. Podophyllotoxin ist in der Schwangerschaft kontraindiziert.
- **mechanische Abtragung:** Laservaporisation, Elektrokauter; **Indikation:** ausgedehnte (beetförmige) und rezidivierende Kondylome
- **Kryotherapie:** Kälteanwendung mit flüssigem Stickstoff; **Indikation:** wie mechanische Abtragung; einfachere Handhabung, kaum Langzeitkomplikationen, allerdings höhere Rezidivrate

2.4 Muss mit Rezidiven gerechnet werden und wenn ja, warum?

Mit Rezidiven ist immer zu rechnen, da sich das Virus mit keiner Behandlungsform eliminieren lässt (**Viruspersistenz**, rein symptomatische Therapie, s. Kommentar). Die Patientinnen müssen vor der Behandlung unbedingt darüber aufgeklärt werden!

→ Fall 2 Seite 3

2.5 Wie würden Sie vorgehen, wenn eine schwangere Patientin am Geburtstermin mit dem gleichen Befund, regelmäßiger Wehentätigkeit und Muttermunderöffnung auf 4 cm in den Kreißsaal kommt?

Kommentar

Die Abbildung beim Fall zeigt multiple, spitze, papilläre Tumoren im Bereich der kleinen Labien und blumenkohlartig konfluierende Tumoren in der Perianalregion – das typische Bild der **Condylomata acuminata**.

Ätiologie: Die gutartigen, **papillären Epitheliome** werden durch eine Infektion mit dem **humanen Papillomavirus** (HPV, meist **Typ 6 und 11**) hervorgerufen (sexuelle Übertragung). Das Virus scheint sich in tieferen Hautschichten festzusetzen und diese zu verstärkter Proliferation anzuregen. Die genitale **Durchseuchung** mit Papillomaviren ist im Erwachsenenalter hoch. Wahrscheinlich können die Viren im Genitalbereich vom Organismus nicht mehr eliminiert, im günstigsten Fall jedoch soweit unterdrückt werden, dass klinisch keine Papillome sichtbar sind. Unter bestimmten Umständen (z. B. Immunschwäche) treten entweder erstmals oder als Rezidiv Warzen auf. Die HPV-Typen 6 und 11 werden zu den „**Low-Risk**“ HPV-Typen gerechnet. **Onkogene HPV-Typen** (u. a. 16 und 18) sind meist in Läsionen nachweisbar, die histologisch einer intraepithelialen Neoplasie entsprechen (Bowenoid Papulose).

Klinik: Condylomata acuminata **wachsen** nur **langsam** und werden u. U. erst Wochen oder Monate nach der Infektion makroskopisch sichtbar. Sie können im **Vulva-** und **Vaginalbereich**, im Bereich der **Portio** und der **Urethra** sowie im **Anal-** und **Perianalbereich** (v. a. an der hinteren Kommissur) auftreten und machen meist keine Beschwerden. Gelegentlich klagen die Patientinnen über diskreten Juckreiz und ein Fremdkörpergefühl. Selten nehmen die Kondylome riesenhafte, tumoröse Ausmaße an. Diese „**Riesenkondylome**“ (Buschke-Löwen-

Eine **Spontangeburt** ist **möglich**. Condylomata acuminata sind keine zwingende Indikation für eine operative Entbindung (Sectio caesarea), außer bei einer Verlegung der Geburtswege.

stein-Tumoren) können das gesamte äußere Genitale miteinbeziehen.

Diagnostik: Die Diagnose kann meist aufgrund des klassischen **klinischen Erscheinungsbildes** gestellt werden. Nach Betupfen mit 3%iger **Essigsäure** verfärben sich die Läsionen weiß („essigweiß“), im Zweifelsfall bringt die (intraoperative) **Probeexzision** und histologische Untersuchung Klarheit.

Geburtshilfliche Aspekte: Während der Geburt können die Viren zwar **von der Mutter auf das Kind übertragen** werden, genitale Kondylome bei Kindern oder eine juvenile Larynx-Papillomatose als Folge einer intrapartalen Übertragung wurden aber bisher nur **sehr selten** beschrieben (→ keine zwingende Sectioindikation). Trotzdem sollte die Patientin aus forensischen Gründen auf eine mögliche Übertragung hingewiesen und das Gespräch dokumentiert werden. Bei **sehr großen Kondylomen**, die ein mechanisches Geburtshindernis darstellen, ist eine **Sectio** indiziert. Treten Kondylome während der Schwangerschaft auf, sollten sie in der 34. oder 35. SSW in Lokal- oder Regionalanästhesie **mittels Laser abgetragen** werden.

Weiterführende Informationen: Leitlinie „Condylomata acuminata und andere HPV-assoziierte Krankheitsbilder von Genitale, Anus und Harnröhre“ (<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/059-001.html>)



ZUSATZTHEMEN FÜR LERNGRUPPEN

- Condylomata lata
- HPV-Infektionen

3 Akute Adnexitis

3.1 Wie lautet Ihre Verdachtsdiagnose?

Akute Salpingitis bzw. Adnexitis: Unterbauchschmerzen, erhöhte Temperatur und Portio-Schiebe-Lüftungsschmerz (Schmerz bei der vaginalen Untersuchung beim Anheben und „Ver-

schieben“ der Portio nach beiden Seiten) sind deutliche Hinweise.

3.2 Was ist die wichtigste Differenzialdiagnose?

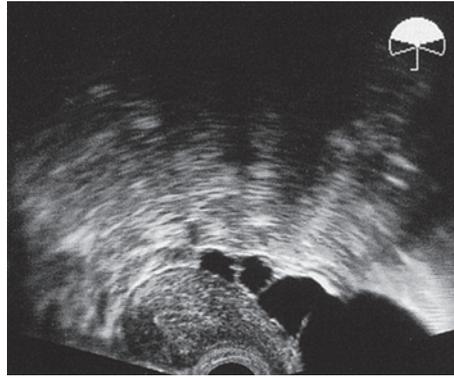
Appendizitis: junge Patientin mit rechtsseitigen Unterbauchschmerzen und erhöhter Temperatur

3.3 Welche weiteren Ursachen müssen Sie bei jungen Patientinnen mit akuten Unterbauchschmerzen neben entzündlichen Erkrankungen generell in Betracht ziehen?

- **Extrauterin gravidität (EU):** Amenorrhö, positiver Schwangerschaftstest, druckschmerzhafter Befund im Adnexegebiet, sonografisch kein intrauteriner Fruchtsack nachweisbar
 - rupturierte EU und intraabdominale Blutung: akutes Abdomen, Schulterschmerzen, Tachykardie, Hypotonie, Vorwölbung des Douglasraums bei der vaginalen Untersuchung, Hämoglobinabfall (vgl. Fall 26)
- **Abortus imminens/incipiens:** positiver Schwangerschaftstest, vaginale Blutung, krampfartiger Unterbauchschmerz
- **ovarielle Zysten:** durch Druck auf oder Verdrängung der Nachbarorgane z.B. Kreuzschmerzen, „Völlegefühl“, Obstipation, Miktionsbeschwerden; Ultraschall: zystischer Befund
- **Ruptur einer Ovarialzyste mit stärkerer intraabdominaler Blutung:** peritoneale Reizerscheinungen, Schulterschmerzen, Tachykardie, Hypotonie, Vorwölbung des Douglasraums bei der vaginalen Untersuchung, Hämoglobinabfall
- **Stieldrehung einer Ovarialzyste:** akutes Abdomen, anamnestisch oft Körperbewegung als „Auslöser“ eruierbar (z.B. Drehung im Bett); Ultraschall: zystischer Befund des Ovars
- **Dysmenorrhö:** akuter „wehenartiger“ Unterbauchschmerz zum Zeitpunkt der Menstruation; Übelkeit, Erbrechen, Hypotension und Tachykardie (schmerzbedingt) möglich
- **„Mittelschmerz“:** akuter Unterbauchschmerz zum Ovulationszeitpunkt
- **Harnwegsinfekt:** Dysurie, Algurie, Pollakisurie und Nykturie, druckschmerzhaftes Blasenkitzen
- **Nephrolithiasis mit Kolik:** einseitiger, akut einsetzender, kolikartiger Unterbauchschmerz, Hämaturie; sonografisch ggf. Harnstau, radiologisch ggf. Konkrement im Ureter nachweisbar
- **Gastroenteritis:** abdominale Schmerzen, Diarrhö, Übelkeit, Erbrechen

3.4 Welche Untersuchungen sind grundsätzlich bei jeder Patientin mit Unterbauchschmerzen notwendig? Welche Leitbefunde würden Sie jeweils bei Ihrer Verdachts- und der wichtigsten Differenzialdiagnose erwarten?

- **Palpation des Abdomens:**
 - Adnexitis: Abwehrspannung und Druckschmerzhaftigkeit im gesamten Unterbauch



Sonografie: Hydrosalpinx. aus: Petersen, E., *Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe*, 4. Auflage, Georg Thieme Verlag, 2003.

(je nach Ausbreitung der Entzündung), bei tiefer Palpation Druckschmerz meist kaudal des McBurney-Punkts

- Appendizitis: Abwehrspannung, u.U. charakteristische Druckpunkte (z.B. McBurney-Punkt) schmerzhaft
 - **Spekulumuntersuchung** mit bakteriologischem Zervixabstrich auf pathogene Keime (inkl. Chlamydien!) und Resistenzbestimmung:
 - Adnexitis: evtl. pathologischer Fluor vaginalis/cervicalis
 - Appendizitis: kein pathologischer Fluor
 - **vaginale Tastuntersuchung:**
 - Adnexitis: schmerzhafte, teigige Adnexschwellung, ausgeprägter Portio-Schiebelüftungsschmerz oft mit Abwehrspannung im Unterbauch, Druckschmerz im Douglasraum
 - Appendizitis: Adnexe unauffällig
 - **Vaginalsonografie:**
 - Adnexitis: bei akuter Adnexitis unauffällig, ggf. Ovarien „unscharf begrenzt“; bei Komplikationen z.B. verdickte Tuben mit Flüssigkeitsansammlung (Hydrosalpinx, s. Abb.) oder polyzystische Ovarialvergrößerungen (Tuboovarialabszess)
 - Appendizitis: Ovarien und Uterus unauffällig
 - **rektale Untersuchung:**
 - Adnexitis/Appendizitis: Douglasraum bei Peritonitis/Douglasabszess u.U. druckschmerzhaft
 - **Labor:**
 - Entzündungsparameter (Leukozyten, CRP, BSG): bei Adnexitis und Appendizitis erhöht
- Cave:** Ein unauffälliges Labor schließt eine Adnexitis nicht aus, eine Appendizitis bei unauffälligem Labor ist dagegen eher unwahrscheinlich!
- Schwangerschaftstest: Ausschluss einer Extrauterin gravidität!
 - Urinuntersuchung: Ausschluss einer Zystitis, Nephrolithiasis o.ä.

- Vorstellung der Patientin beim Chirurgen zum Ausschluss einer Appendizitis

3.5 Würden Sie eine Laparoskopie/-tomie bei der Patientin in Betracht ziehen und wenn ja, unter welchen Bedingungen?

Kommentar

Das klinische Bild der akuten Adnexitis ist selten so „lehrbuchmäßig“ wie im hier geschilderten Fall.

Ätiologie: Das Alter der Patientin ist typisch für die Adnexitis, ebenso das Auftreten **kurz nach der Periodenblutung:** Das Menstrualblut alkalisiert den sauren pH-Wert der Scheide und erleichtert die Keimaszension. Weitere **prädisponierende Faktoren** sind häufig wechselnde Sexualpartner, IUP (insbesondere in den ersten Tagen und Wochen nach Einlage) und uterine Manipulationen (z. B. Kürettage, Abruptio). Das Erregerspektrum ist breit, am häufigsten findet man **Chlamydien** (Frage 48.1).

Klinik, Diagnostik und Differenzialdiagnostik: Oftmals ist der **Unterbauchschmerz** das einzige Symptom. Weitere mögliche Symptome sind vermehrter Fluor, Blutungsstörungen oder selten auch gastrointestinale Beschwerden. Das klinische Erscheinungsbild kann vom symptomarmen Verlauf bis hin zur lebensbedrohlichen Entzündung reichen (Fieber und erhöhte Entzündungswerte fehlen bei der subakuten Adnexitis meist). Die **klinische Untersuchung** ist **selten eindeutig**. Auch die in den Lehrbüchern beschriebenen, richtungsweisenden anamnestischen Angaben (Schmerzbeginn und -charakter, „wandernder Schmerz“) sind selten so eindeutig zu eruieren. Nicht zu vergessen ist auch, dass durch Lagevarianten der Appendix die typischen Druckpunkte bei **Appendizitis** ebenfalls nicht dem Lehrbuch entsprechen müssen. Deshalb ist es umso wichti-

ger, an weitere mögliche Ursachen von Unterbauchschmerzen zu denken, auch wenn der Fall noch so klar erscheint! Eine antibiotisch

- akutes Abdomen, unklare Diagnose (Adnexitis? Appendizitis?)
- Persistenz der Allgemeinsymptome über 72 Stunden trotz antibiotischer Therapie (Verdacht auf Abszessbildung)
- Persistenz eines Tast- bzw. sonografischen Befundes (Pyosalpinx, Tuboovarialabszess) nach Ende der antibiotischen Therapie

„behandelte“, übersehene **Extrauterin gravidität** ist nicht nur ein Kunstfehler, sondern kann bei einer Ruptur auch extrem gefährlich werden.

Wichtig: Nie auf einen Schwangerschaftstest verzichten, auch wenn Ihnen die Patientin glaubhaft versichert, dass eine Schwangerschaft unmöglich ist!

Zur Diagnostik gehört auch immer ein **bakteriologischer Abstrich** zur Bestimmung der Erreger und der wirksamen Antibiotika – ein fehlender Keimnachweis schließt eine Adnexitis aber nicht aus! Die Diagnostik ist in Frage 3.4 ausführlich geschildert.

Therapie: Die Adnexitis wird mit einer breiten **antibiotischen Therapie**, sobald wie möglich unter Berücksichtigung der Resistenzbestimmung (Frage 48.3), sowie ergänzend **Antiphlogistika** behandelt. Die Therapieindikation ist großzügig zu stellen, da Komplikationen und Spätfolgen (Frage 48.2) bei verschleppter Diagnose oder spät einsetzender Therapie häufig sind.



ZUSATZTHEMEN FÜR LERNGRUPPEN

- Extrauterin gravidität
- Komplikationen und Spätfolgen der akuten Adnexitis

4 Spontangeburt

4.1 Wer hat nach Ihrem Eintreffen im Kreißaal die Leitung der Geburt, Sie oder die Hebamme?

Bei einer stationären Entbindung liegt die **Erstkompetenz beim Arzt:** Er übernimmt (spätestens) mit seinem Erscheinen und seiner Eingangsuntersuchung die Geburtsleitung und wird gegenüber der Hebamme weisungsberechtigt. Bei einem normalen Geburtsverlauf sollte der Arzt spätestens ab

Beginn der Pressperiode ständig anwesend sein (s. Kommentar).

4.2 Falls überhaupt, welche Dezelerationsform liegt vor? Ist das CTG normal, suspekt oder pathologisch?

- **frühe Dezelerationen** (s. Kommentar)
- **normales CTG in der Austreibungsperiode** (s. Kommentar): BFH (basale fetale Herzfrequenz) 130–140 SpM (Schläge pro Minute), Bandbreite

→ Fall 4 Seite 5