

Akuter Unterbauchschmerz in der Gynäkologie

Eine ungewöhnliche Differentialdiagnose

Alexander Markus^a, René Hornung^a, Thomas Steffen^b

Kantonsspital St. Gallen;

^a Frauenklinik, ^b Klinik für Chirurgie

Fallbeschreibung

Eine 20-jährige, normalgewichtige Frau wird in einem deutlich reduzierten Allgemeinzustand und mit akutem Abdomen auf die Notfallstation aufgenommen. Sie gibt an, seit drei Tagen leichte diffuse Unterbauchschmerzen zu haben. Da die Beschwerden nicht besserten, suchte die Patientin ihre Gynäkologin auf. Diese stellte eine kleine Ovarialzyste auf der linken Seite fest, bei ansonsten unauffälligem gynäkologischem Status. Die Patientin wurde mit Analgesie wieder nach Hause entlassen. Weitere zwei Tage später kam es dann zu einer akuten Schmerzzunahme im Unterbauch. Die Patientin beschreibt den Schmerz als stechend. «Ein Gefühl, wie wenn etwas zerreisst.» Der Schmerz kann nicht genau lokalisiert werden. Bei Aufnahme werden folgende Befunde erhoben:

- Klinisch akutes Abdomen.
- Sonographischer Nachweis von viel intraperitonealer, freier Flüssigkeit und ausgeprägter Retentionsmagen.
- Blutdruck 110/65 mm Hg.
- Puls 85/Minute.
- Labor: Kalium 3,3 mmol/l; CRP 19 mg/l; Leukozyten 10,8 G/L.
- Die weiteren Laborwerte waren im Normbereich.

Die gynäkologische Anamnese war bis auf eine Chlamydienadnexitis vor ca. 5 Monaten, welche mit Doxycyclin therapiert wurde, unauffällig. Die Antikonzepktion erfolgt mit einem subdermalen, etonogestrelhaltigen Hormonimplantat. Eine regelmässige Einnahme von Schmerz-

mitteln wurde verneint. Gelegentlich erfolgt die Einnahme von NSAR bei Kopfschmerzen.

Unter dem Verdacht auf eine rupturierte blutende Ovarialzyste wurde der Operationssaal vorbereitet. Nachdem allerdings der Hämoglobinwert vorlag (130 g/l), wurde bei kreislaufstabiler Patientin entschieden, vor der geplanten Operation ein Angio-CT des Abdomens durchzuführen, um gegebenenfalls eine Blutung besser lokalisieren zu können. Das durchgeführte CT zeigte eine 1,5 cm grosse Ovarialzyste links ohne Nachweis einer aktiven Blutung und eine Hohlorganperforation gastroduodenal mit Pneumoperitoneum und viel Aszites. Weiterhin fand sich ein ausgesprochener Retentionsmagen (Abb. 1, 2 und 3 [6]).

Aufgrund der Diagnose Hohlorganperforation wurden die Kollegen der Chirurgie hinzugezogen. Es erfolgte die obere mediane Laparotomie, und es zeigte sich ein 2 cm grosses, präpylorisch an der Vorderwand gelegenes, perforiertes Ulcus ventriculi. Aus diesem wurden Biopsien entnommen und das Ulcus anschliessend zweireihig übernäht. Histologisch zeigte sich ein chronisch florides Ulcus ventriculi mit granulozytär durchsetzten Zelldetritus- und Fibrinmassen, ohne Nachweis von Malignität.

Der weitere postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos, und die Patientin konnte am 7. postoperativen Tag in die weitere ambulante Betreuung entlassen werden. Eine Kontrollgastroskopie ist 6 Wochen postoperativ geplant.

Diskussion

Die Diagnose einer rupturierten Ovarialzyste, gerade bei jungen Frauen, ist auf der gynäkologischen Notfallstation ein sehr häufiges Ereignis. Dabei treten gerade unter der Einnahme von rein progesteronhaltigen Kontrazeptiva gehäuft persistierende Follikelzysten auf [1, 2]. Hidalgo et al. beschreiben das Auftreten von funktionellen Ovarialzysten unter Einnahme von subdermalen Etonogestrel-Derivaten bei bis zu 27% [1].

Deshalb lag aufgrund der Anamnese der Patientin (Antikonzepktion mit subdermalen Etonogestrel, vordiagnostizierte Ovarialzyste, akutes Schmerzereignis) sowie der klinischen Untersuchung (akutes Abdomen, freie Flüssigkeit im Douglas) die Diagnose einer rupturierten Ovarialzyste mit stattgehabter oder persistierender intraabdominaler Blutung nahe. Bei allerdings kreislaufstabiler Patientin mit einem Hämoglobinwert von 130 g/l wurde noch zusätzlich ein Angio-CT durchgeführt, um die vermutete Blutungsquelle genauer lokalisieren zu können.

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

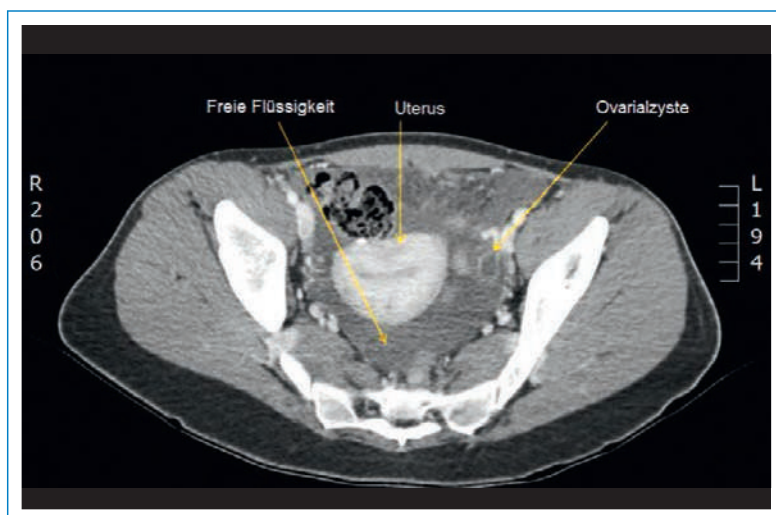


Abbildung 1

Kleines Becken mit Nachweis freier Flüssigkeit und einer Ovarialzyste links (Pfeile).

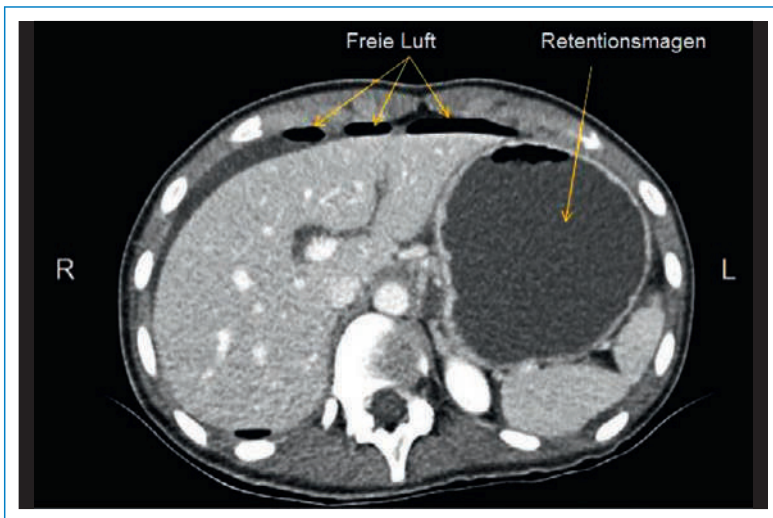


Abbildung 2
Nachweis freier Luft im Oberbauch und des Retentionsmagens (Pfeile).

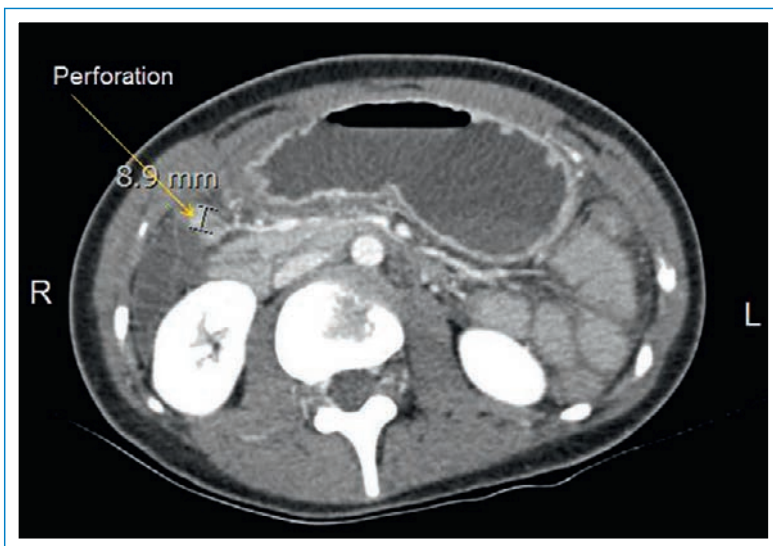


Abbildung 3
Nachweis der Perforationsstelle (Pfeil).

Dabei zeigte sich eine Hohlorganperforation im oberen Gastrointestinaltrakt, so dass eine notfallmässige Laparotomie indiziert wurde. Das abdominopelvine CT ist hierbei bei der Diagnose einer Hohlorganperforation mit Nachweis von freier intraabdominaler Luft der konventionellen Abdomenübersichtsaufnahme deutlich überlegen. So zeigte eine Studie von Thorsen et al. 2011 [14], dass in 99% eine Hohlorganperforation mittels abdominopelvinen CT durch Nachweis von freiem intraperitonealem Gas im Abdomen diagnostiziert werden kann. Bei der konventionellen Übersichtsaufnahme konnte freies Gas nur in 75% der Fälle diagnostiziert werden.

Das Auftreten eines perforierten Ulcus ventriculi bei sehr jungen Frauen ist ein sehr seltenes und aussergewöhnliches Ereignis und in der Literatur nur in Fallbeobachtungen beschrieben [6–8]. Generell liegt die Häufigkeit für das Auftreten eines Ulcus ventriculi in der Gesamtbevölkerung bei ca. 50/100 000 Einwohner jährlich. Das Verhältnis Ulcus ventriculi zu Ulcus duodeni beträgt in etwa 1:3. Eine Perforation eines gastroduo-

denalen Ulcus tritt bei ca. 6–7 Fällen bezogen auf 100 000 Einwohner auf [9, 10]. Hierbei zeigt sich je nach hinzugezogener Studie ein gehäuftes Auftreten bei Männern [3, 5] oder Frauen [4, 10]. Allen Studien gemeinsam ist aber ein mittleres Erkrankungsalter von über 50 Jahre [3–5, 10].

Bei einem perforierten Ulcus ventriculi handelt es sich um ein lebensbedrohliches Krankheitsbild mit hoher Mortalität [10–13], bei dem eine rasche chirurgische Intervention notwendig ist. So konnte eine 2013 von Buck et al. publizierte Studie, in der allerdings sowohl Magen- als auch Duodenalperforationen eingeschlossen wurden, eindrücklich zeigen, dass innerhalb der ersten 24 Stunden nach Hospitalisation das 30-Tages-Überleben pro Stunde im Median um 2% sinkt [4]. In der publizierten Studie starben 26,5% aller Patienten innerhalb von 30 Tagen. Dabei lag die Überlebensrate bei Intervention innerhalb der ersten Stunde nach Hospitalisation bei 95,7% und bei 88,9% innerhalb von 2 Stunden und sank bei Intervention nach 7 Stunden bereits auf 50% [4]. Auch wenn die Patienten in dieser Studie im Median 70,9 Jahre alt waren und 67% eine Co-Morbidität hatten, so zeigt sie dennoch eindrücklich, dass eine schnelle chirurgische Intervention notwendig ist. Das operative Vorgehen muss dabei nicht notwendigerweise eine Laparotomie sein. So zeigte eine Übersichtsarbeit von Bertleff und Langa [15], dass ein laparoskopisches Vorgehen mit einer geringeren Hospitalisationsdauer, weniger postoperativen Schmerzen und einer niedrigeren Morbidität und Mortalität verbunden war. Allerdings war die Operationszeit der laparoskopisch durchgeführten Eingriffe signifikant höher, und auch die erneute Perforation nach chirurgischer Sanierung war bei laparoskopisch durchgeführten Eingriffen höher.

Fazit

Das Auftreten einer Hohlorganperforation im oberen Gastrointestinaltrakt bei jungen Frauen ist ein sehr seltenes, aber bedrohliches Krankheitsbild mit einer hohen Mortalitätsrate vor allem bei verzögerter Intervention. Bei kreislaufstabiler Patientin mit einem subakuten/akuten Abdomen sollte deshalb nach Möglichkeit präoperativ eine weitere Bildgebung (z.B. CT) durchgeführt werden, um eine Sicherung der Diagnose zu erreichen oder auch seltene Krankheitsbilder detektieren zu können. Eine starke Verzögerung einer notwendigen operativen Intervention sollte dabei aber vermieden werden.

Dank:

Wir danken unserem radiologischen Institut für die CT-Bilder sowie Dr. Jörg-Thomas Kuckert für das schnelle Befunden und Bearbeiten.

Korrespondenz:

Dr. med. Alexander Markus
Frauenklinik Kantonsspital St. Gallen
Rorschacherstrasse
CH-9007 St. Gallen
[alexander.markus\[at\]kssg.ch](mailto:alexander.markus[at]kssg.ch)

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.