

Schwere Komplikation in der Schwangerschaft

Der heimtückische Oberbauchschmerz

Helene Saxer Gogos^a, Tina Fischer^a, Martina Ineichen^a, Seraina Schmid^b, Felix Häberlin^a

^a Frauenklinik, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; ^b Frauenklinik, Spital Grabs, Grabs

Fallbeschreibung

Eine 35-jährige bis anhin gesunde Schwangere (Gravida I) stellte sich in der 16²/₇ Schwangerschaftswoche (SSW) mit epigastrischen Schmerzen beim Hausarzt vor. Die Schwangerschaft verlief bis dato problemlos. In den Ultraschall-Untersuchungen in der 10. und 12. SSW beim niedergelassenen Gynäkologen zeitgerechte Entwicklung mit unauffälliger Plazentamorphologie. Eine Nackentransparenz-Messung und der Erstrimestertest wurden von der Frau abgelehnt. Seit einer Woche traten rezidivierend nächtliche Oberbauchschmerzen auf, die am Eintrittstag anhaltend waren, zusätzlich waren auch Kopfschmerzen vorhanden. In der Hausarztpraxis zeigte sich ein druckdolentes Abdomen, hypertone Blutdruckwerte von 220/120 mm Hg, eine unauffällige Oberbauchsonographie und eine Proteinurie. Die Patientin wurde bei klinischen Zeichen einer schweren Präeklampsie in die Frauenklinik des lokalen Spitals zugewiesen. Dort zeigten sich eine Thrombozytopenie (108 G/l) und erhöhte Transaminasen (ASAT 122 U/l, ALAT 154 U/l), so dass die Diagnose eines HELLP-Syndroms gestellt wurde. Es wurden eine Krampfprophylaxe mit Magnesiumsulfat intravenös und eine antihypertensiven Therapie mit Nifedipin begonnen. Bei weiter fallenden Thrombozytenwerten wurde die Patientin ins Zentrumsspital verlegt.

Es zeigte sich sonographisch eine retardierte Einlingsgravidität (unter der 5. Perzentile wachsend) und eine auffällig vakuolige Plazentamorphologie (Abb. 1), weshalb eine partielle Blasenmole vermutet wurde. Bei weiterhin fallenden Thrombozytenwerten (51 G/l) und steigenden Transaminasen (ASAT 308 U/l, ALAT 275 U/l) musste die Indikation für eine Sectio parva gestellt werden (eine zum Zweck des Schwangerschaftsabbruchs durchgeführte abdominelle Hysterotomie). Der über eine Längsuterotomie durchgeführte Eingriff verlief problemlos, intraoperativ bestätigte sich die auffällige Plazentamorphologie mit blasiger Struktur. Postoperativ wurden die Magnesiumtherapie für insgesamt 48 Stunden und die Nifedipintherapie weitergeführt. Die Transaminasenerhöhung war drei Stunden postoperativ bereits wieder rückläufig, die Thrombozyten fielen noch weiter (35 G/l) und normali-

sierten sich bis zum vierten postoperativen Tag wieder vollständig.

In der histologischen Untersuchung und der genetischen Abklärung konnte die vermutete partielle Blasenmole mit Triploidie 69,XXX, bestätigt werden. Bei einem Ausgangs-HCG-Wert von 397086 U/l bei Eintritt ins Regionalspital wurde dieser bis zum Wert 0 (drei Monate nach der Sectio parva) und noch drei Monate darüber hinaus kontrolliert.

Diskussion

Eine vor der 20. SSW auftretende Präeklampsie ist eine Seltenheit. In der Regel ist sie mit einer kompletten oder partiellen Blasenmole (weniger als zehn Fälle in der Literatur beschrieben) assoziiert. Die Präeklampsie definiert sich durch eine arterielle Hypertonie und Proteinurie. Andere Differentialdiagnosen wie Lupus-Nephritis, thrombotisch-thrombozytopenische Purpura, hämolytisch-urämisches Syndrom, Antiphospholipid-Syndrom und akute Schwangerschaftsfettleber müssen ausgeschlossen werden.

Beim HELLP-Syndrom handelt es sich um eine schwere Verlaufsform der Präeklampsie, welche durch eine Hämolyse, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets definiert ist. Die Häufigkeit bei Schwangerschaften in Mitteleuropa beträgt 0,3 bis 0,5% (Präeklampsie 2%). Klinisch manifestiert es sich typischerweise mit Oberbauchschmerzen durch die Kapselspannung der Leber, Kopfschmerzen, Augenflimmern und Unruhe. Der rechtsseitige, zum Teil epigastrische Oberbauchschmerz ist für das HELLP-Syndrom wegweisend. In 20 bis 40% geht er den laboranalytischen Veränderungen um Tage bis Wochen voraus. Als zusätzliche Komplikation kann es zu einer Eklampsie, einem tonisch-klonischen Krampfanfall kommen, in dem die Mutter und das Kind vital gefährdet sind. Die Präeklampsie ist in den meisten Fällen eine progrediente Erkrankung. Die einzige kausale Therapie ist die Entbindung.

Die Blasenmole gehört zu den gestationsbedingten Trophoblasterkrankungen. Ursache für eine Blasenmole ist eine Störung bei der Fertilisierung. Typischerweise sind die Chromosomensätze der Eizellen und

Korrespondenz:
Dr. med. Helene Saxer Gogos
Oberärztin Frauenklinik
Frauenklinik am
Kantonsspital St. Gallen
Rorschacherstrasse 95
CH-9007 St. Gallen
helene.saxer[at]kssg.ch

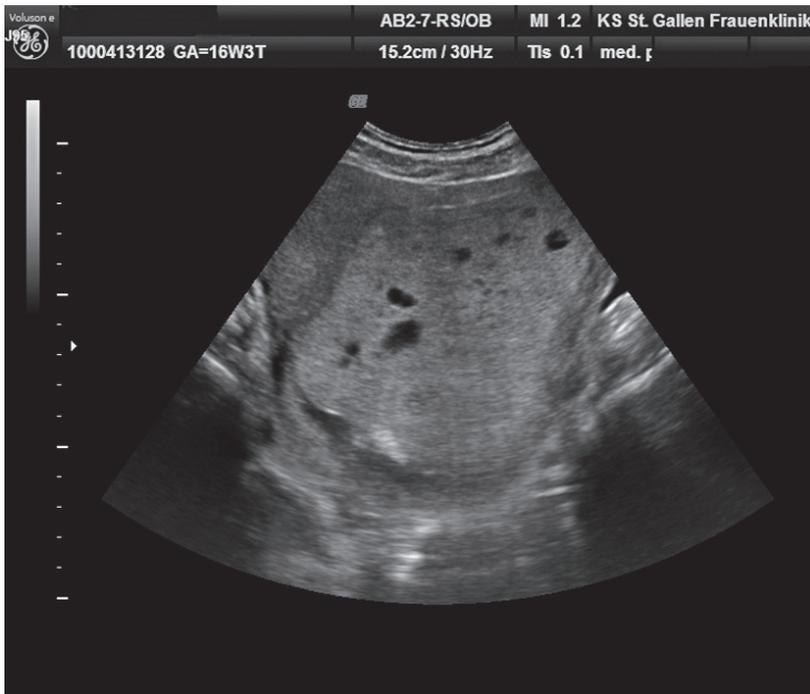


Abbildung 1: Der Ultraschall zeigt eine auffällig vakuolige Plazentamorphologie.

Schlussfolgerung für die Praxis

Bei Oberbauchschmerzen vor der 20. SSW denken wir primär an Reflux, Gastritis, Cholezystitis, Cholezystolithiasis usw. Wie unser Fall zeigt, muss aber auch zu diesem ungewöhnlichen Zeitpunkt ein HELLP-Syndrom in die Differentialdiagnosen mit einbezogen werden, dessen einzige kausale Therapie die Schwangerschaftsbeendigung ist.

Spermien haploid und ergeben nach der Befruchtung einen diploiden vollständigen Chromosomensatz (Haploidie: Das Genom einer Zelle ist nur einfach vorhanden, also jedes Allel kommt in einer einzigen Ausprägung vor). Bei der partiellen Blasenmole wird eine haploide Eizelle mit einem verdoppelten väterlichen Chromosomensatz oder mit zwei verschiedenen haploiden Spermien befruchtet. Dadurch entsteht eine Plazenta und ein Embryo mit einem triploiden Chromosomensatz (69, XXX, 69, XXY und 69, XYY) statt üblicherweise 46 Chromosomen. Ein Überleben des Fetus jenseits des ersten Trimenon (16. bis 20. SSW) [1] bzw. eine Lebendgeburt sind mit Prävalenzen von 1:5000 bzw. 1:2500 bis 1:10000 [2] Schwangerschaften selten. Komplikationen, die typischerweise bei einer Molenschwangerschaft auftreten, sind starke vaginale Blutungen, Hyperthyreose, Hyperemesis gravidarum, Thekaluteinzysten oder wie in unserem Fall eine Präeklampsie vor der 20. SSW. Da eine partielle Blasenmole in etwa 0,5% in eine persistierende gestationsbedingte Neoplasie und in ein Chorionkarzinom übergehen kann [3], müssen die HCG-Werte nach einer Molenschwangerschaft bis zum Wert Null nachkontrolliert und noch drei Monate darüber hinaus monatlich überprüft werden.

Finanzierung/Interessenkonflikte

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

Literatur

- 1 Jauniaux E, Brown R, Rodeck C, Nicolaides KH. Prenatal diagnosis of triploidy during the second trimester of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1996;88:983–9.
- 2 Cox SM, Klein VR. Partial molar pregnancy associated with severe pregnancy-induced hypertension. *J Perinatol.* 1993;13:103–6.
- 3 Seckl MJ, Fisher RA, Salerno G, et al. Choriocarcinoma and partial hydatidiform moles. *Lancet.* 2000;356(9223):36–9.