

Delčev P¹, Lemmerer M¹, Bacher H¹, Thomasch G², Nanda M², Krešić J¹
Mischinger HJ¹

1 Medizinische Universität Graz, Univ. Klinik für Chirurgie, Klinische Abteilung für Allgemeinchirurgie
2 Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Einleitung

Die Notwendigkeit zur Durchführung einer Endoskopie in der Schwangerschaft ist umstritten und bedarf enger Indikationsstellung. Den Guidelines (2012) der American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) zu Folge ist die Koloskopie bei folgenden Zustandsbildern indiziert:

- signifikante oder kontinuierliche hämodynamisch relevante Blutung
- therapierefraktäre Diarrhoe bei mehrfach negativer Stuhlkultur
- Malignitätsverdacht

Bei Indikationsstellung zur Koloskopie ist eine gynäkologische Stellungnahme notwendig, um in Bezug auf die Analgosedierung etwaige Risiken sowie die Auswirkungen auf den Metabolismus von Mutter und Kind zu stratifizieren.

Uterus incarceratus (UI) tritt in 1/3000 Schwangerschaften und kann unbehandelt zu Komplikationen wie Uterusruptur, intrauterinem Fruchttod oder Frühgeburt führen. UI sollte möglichst konservativ behandelt und manuell reponiert werden. In der Spätschwangerschaft kann durch Druckausübung mittels Koloskopie eine manuelle Reposition erreicht werden.

Eine Reposition unter N₂O-Anästhesie wurde bis dato in der Literatur nicht beschrieben

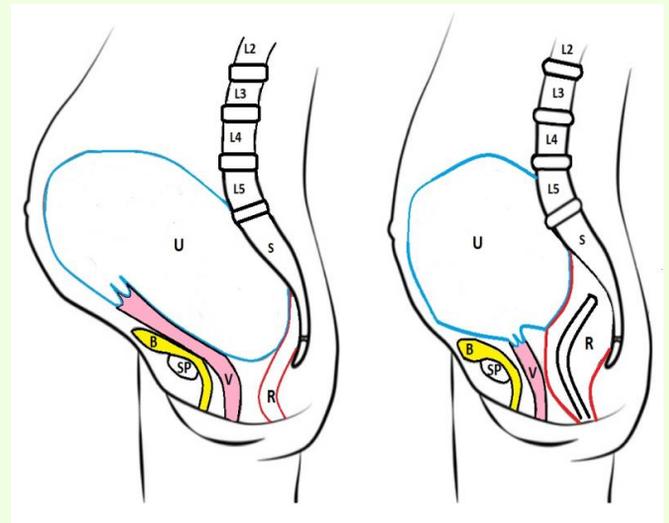
Fallbericht:

Eine 28-jährige schwangere Patientin (GI/P0) ohne relevante Vorerkrankungen wurde in der 23+1 SSW auf der Abteilung für Gynäkologie wegen einer Harnentleerungsstörung vorstellig.

In der Sonographie wurde die Verdachtsdiagnose eines UI verifiziert. Mit vollendeter 24 SSW wurde in Lachgasanästhesie (N₂O) eine manuelle Reposition mittels Koloskopie durchgeführt.

Das am Folgetag aufgetretene Rezidiv wurde eine Woche nach der ersten Reposition nochmalig mittels Koloskopie und additiv durch eine manuelle Reposition gelöst und durch die Anlage eines Arabin-Pessars fixiert.

Der postinterventionelle Verlauf war unauffällig und die Lachgasanästhesie wurde gut vertragen. Die Spontangeburt erfolgte komplikationslos (38. SSW).



Schematische Darstellung einer koloskopischen Reposition des Uterus incarceratus

modifiziert nach: Dierickx I, Van Holsbeke C, Mesens T, et al. Colonoscopy-assisted reposition of the incarcerated uterus in mid-pregnancy: a report of four cases and a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;158(2):153-158.

Conclusio:

Die Indikationsstellung zur therapeutischen Koloskopie ist sehr selten und kann auch in anderen Fachbereichen in Erwägung gezogen werden.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im universitären Zentrum ermöglicht die Indikationsstellung in Ausnahmesituationen und die rasche, fächerübergreifende therapeutische Intervention