Extrauteringravidität (EUG)

Gynäkologie · https://rd-factsheets.de/fs/extrauteringraviditat/

Die Extrauteringravidität (EUG), auch ektopische Schwangerschaft oder Eileiterschwangerschaft genannt, bezeichnet die **Implantation einer befruchteten Eizelle außerhalb der Gebärmutterhöhle**, meist im Eileiter (Tubargravidität). Die Inzidenz einer Extrauteringravidität beträgt etwa 2 von 100 diagnostizierten Schwangerschaften.

Eine heterotope Schwangerschaft, also das gleichzeitiges Vorhandensein einer ektopen und intrauterinen (innerhalb der Gebärmutter liegenden) Schwangerschaft, tritt nur bei etwa 1 von 20.000 Schwangerschaften auf.

In der Regel wird die Erkrankung bei gynäkologischen Untersuchungen während der Schwangerschaft früh erkannt, sodass ein akutes Auftreten im Rettungsdienst im Vergleich zu anderen gynäkologischen Notfallbildern selten ist.

Ursache

Eine Extrauteringravidität entsteht, wenn sich die befruchtete Eizelle außerhalb der Gebärmutter einnistet. Die häufigste Ursache sind **Schädigungen oder Funktionsstörungen der Eileiter**, welche den Transport der Eizelle zur Gebärmutter behindern. Solche Schädigungen entstehen durch **vorangegangene Entzündungen** (z. B. Chlamydieninfektionen), **Operationen**, **Verwachsungen** oder **Endometriose**.

Auch **hormonelle Störungen** oder eine **beeinträchtigte Bewegung der Flimmerhärchen** im Eileiter können die Wanderung der Eizelle stören. Frauen mit einer **vorherigen Extrauteringravidität** oder mit einer **Spirale** als Verhütungsmittel tragen ein erhöhtes Risiko. In selteneren Fällen können **Tumore oder anatomische Besonderheiten** den Eileiter blockieren.

Bei einer **Ruptur zerreißt die anatomische Struktur** welche den Fötus enthält. Es kommt zu einer Blutung, welche in ihrer Intensität je nach Patientin und Dauer der Schwangerschaft schwanken kann. Je später im Schwangerschaftsverlauf die Ruptur auftritt, desto höher und schneller ist in der Regel der Blutverlust.

Symptome

Die Symptome einer Extrauteringravidität können **bis zum Auftreten einer Ruptur vollständig ausbleiben**. Patientinnen klagen über **Unterbauch- und Beckenschmerz** sowie über **vaginale Blutungen**.

Vor einer **Ruptur** kommt es zu **plötzlichen, starken Unterbauchschmerzen** (selten zu einer kompletten Schmerzabnahme). Hierauf folgt eine Synkope oder Kreislaufinstabilität, welche erstes Anzeichen für eine akute Blutung sein kann. Bei massiven Blutungen kommt es zu einem **hämorrhagischen Schock** und einer **Abwehrspannung des Abdomens** mit im Verlauf entstehender Peritonitis.

Präklinisch relevante und feststellbare Symptome sind:

- akuter, ein- oder beidseitiger Unterbauchschmerz (dumpf, stechend, kolikartig)
- Schulter-Schmerzen (Spätzeichen bei intraabdomineller Blutung → Zwerchfellreizung)
- fehlende Menstruation seit Wochen (Amenorrhoe)
- vaginale Blutung
- Kreislaufinstabilität / Synkope
- Schocksymptomatik
- Abwehrspannung / Peritonitis
- Diarrhoe

Den Patientinnen muss nicht bekannt sein, dass sie schwanger sind! Eine **genaue Anamnese mit Fokus auf eine mögliche Schwangerschaft** (letzter Geschlechtsverkehr, Verhütungsmethode, etc.) ist von hoher Bedeutung!

Innerklinisch wird die beta-hCG-Konzentration im Blutserum zur Feststellung einer Schwangerschaft erhoben. Ebenfalls kommt eine Ultraschalldiagnostik zur Sicherung der Diagnose zum Einsatz.

Therapie

kreislaufstabile Patientinnen

Bei kreislaufstabilen Patientinnen erfolgt der **Transport in eine Klinik mit gynäkologischer Fachabteilung** zur weiteren Diagnostik.

Die Untersuchung und Behandlung erfolgt mittels ABCDE-Schema, eine Analgesie (s.u.) kann notwendig sein.

kreislaufinstabile Patientinnen

Bei kreislaufinstabilen Patientinnen liegt der Verdacht auf eine **rupturierte und intraabdominal blutende Extrauteringravidität** vor. Dies ist ein **lebensbedrohlicher Notfall**, welcher schnellstmöglich operativ versorgt werden muss.

Es sollte **mindestens ein großlumiger Venenzugang** angelegt werden, um eine Volumentherapie durchführen zu können. Patienten profitieren bei akuten Blutungen von einer **High-Flow-Sauerstoff-Gabe** mittels Maske mit Reservoir.

Die grundsätzliche Behandlung richtet sich nach dem **ABCDE-Schema** und priorisiert nach der Schwere der festgestellten Symptome.

Als Transportziel kommen Krankenhäuser mit einer gynäkologischen Fachabteilung, mit OP-Bereitschaft und einem Notfalllabor in Betracht.

Medikamente

Bei akuten Blutverlust und Anzeichen für einen hämorrhagischen Schock erfolgt eine **Volumentherapie**:

Infusionslösung	20 ml/kgKG i.v.

Bei Schmerzen kann eine **Analgesie** durchgeführt werden. Bei **extremen Schmerzen** kommt der **Einsatz von Opioiden** gemäß der regionalen Vorgaben in Betracht (CAVE: Kreislaufinstabilität beachten!).

Der Einsatz von Tranexamsäure wird in der Leitlinie nicht erwähnt, kann bei ausgeprägter hämodynamischer Instabilität mit dem Verdacht auf eine aktive Blutung jedoch indiziert sein.

Die Gabe von Tokolytika wie Fenoterol (*Partusisten®*) wird in der Leitlinie nicht empfohlen!

Differentialdiagnostik

- Abort
- Appendizitis
- Endometriose

- Frühschwangerschaft
- Ovarialtorsion
- Salpingitis / Adnexitis
- Zystenruptur

Quellen

- Barnhart, K. T., Gosman, G., Ashby, R. & Sammel, M. (2003). The medical management of ectopic pregnancy: a meta-analysis comparing “single dose” and “multidose” regimens. *Obstetrics And Gynecology*, *101*(4), 778–784. https://doi.org/10.1016/s0029-7844(02)03158-7
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG). (2024). *S2k-Leitlinie Früher Schwangerschaftsverlust im 1. Trimenon*. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-076
- Taran, F., Kagan, K., Hübner, M., Hoopmann, M., Wallwiener, D. & Brucker, S. (2015). The Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. *Deutsches Ärzteblatt International*. https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0693
- Van den Eeden, S. K., Shan, J., Bruce, C. & Glasser, M. (2005). Ectopic Pregnancy Rate and Treatment Utilization in a Large Managed Care Organization. *Obstetrics And Gynecology*, *105* (5, Part 1), 1052–1057. https://doi.org/10.1097/01.aog.0000158860.26939.2d