



MANAGEMENT **GYNÄKOLOGISCHER UND** **SCHWANGERSCHAFTS-** **ASSOZIIERTER** **NOTFALLSITUATIONEN**

Ass. Dr. Birgit Posch
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
Salzkammergut Klinikum Vöcklabruck

Gynäkologische Notfälle

- Ovarialzystenruptur
- Stieldrehung durch einen Adnextumor
- Adnexitis/Pelvipерitonitis
- Genitaltrauma durch Unfall
- Blutungs-assoziierte Notfälle in der Gynäkologie
- Blutungen in der Schwangerschaft

DD bei UB-Schmerzen in der Gynäkologie

- Schwangerschaft → Frühgrav, Abort, EUG, vzt. Wehentätigkeit, vzt. Plazentalösung
- Infektionen → Adnexitis, Pelviperitonitis, Tuboovarialabszess
- Ovarialzysten → Ruptur, Torsion
- Dysmenorrhoe
- Endometriose

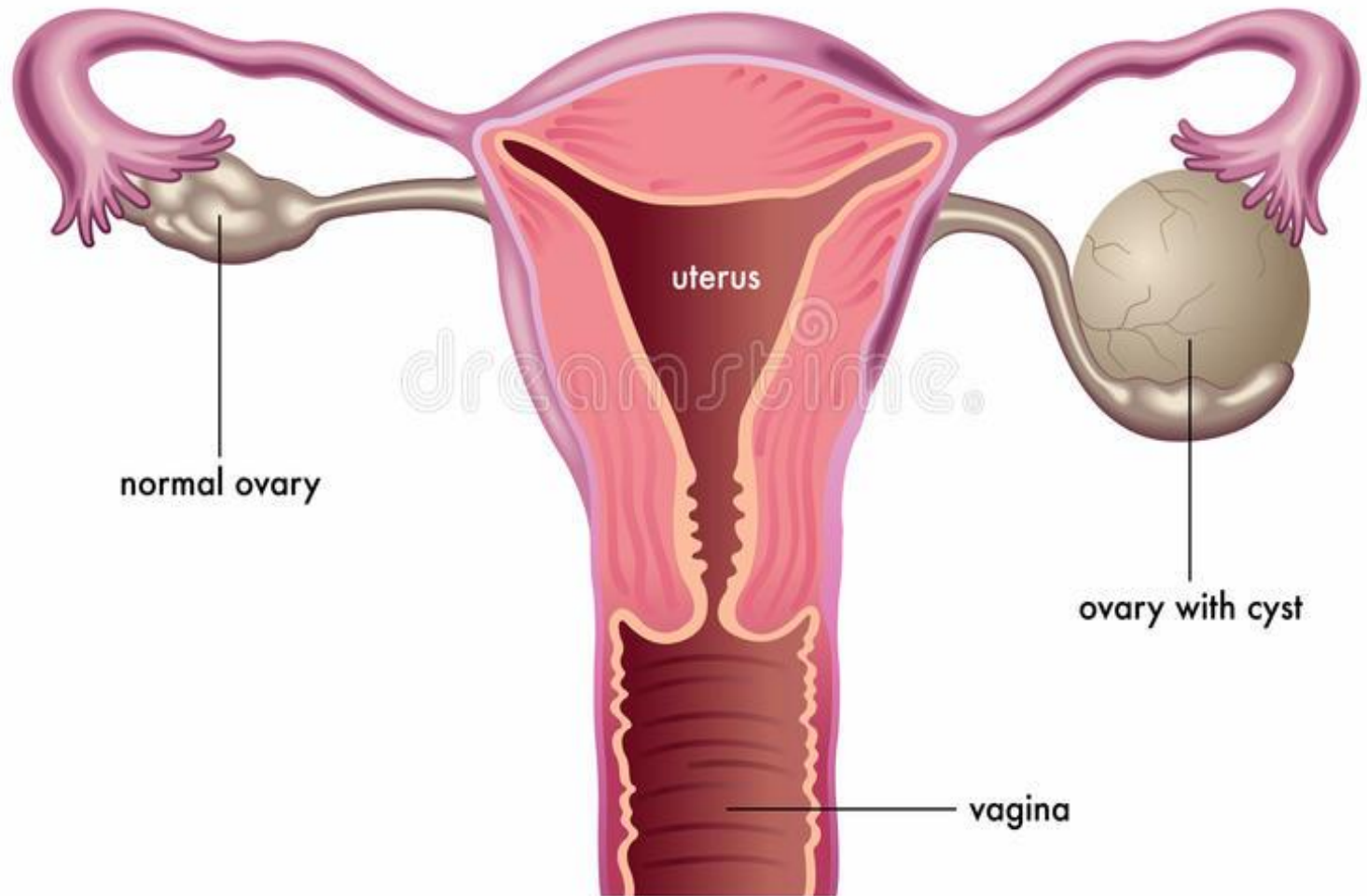
DD: Appendizitis, HWI, Steinabgang, Divertikulitis

Ovarialzystenruptur

Ursache:

- Meist Ruptur einer Follikel-, Corpus luteum, Endometriose- oder Paraovarialzyste
- Durch das Zerreißen von Blutgefäßen können massive intraabdominelle Blutungen mit peritonealer Reizung auftreten

Ovarian Cyst



Klinik:

- Zunehmender Unterbauchschmerz
- Zuerst einseitiger Druckschmerz, danach Ausbreitung über den gesamten Unterbauch
- Abwehrspannung der Bauchdecke
- Übelkeit, Erbrechen
- Volumenmangelschock: Blässe, Zyanose, kalter Schweiß, Tachykardie, schwacher Puls, Verwirrtheit, Bewusstlosigkeit

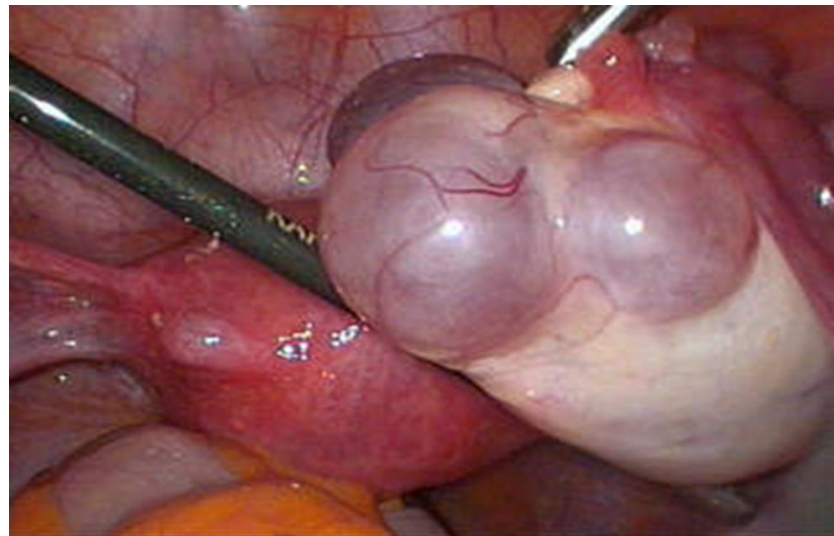
Diagnostik:

- Anamnese (Schwangerschaft, Blutungen, Letzte Regel, letzter Frauenarztbesuch, Appendektomie?)
- Palpitation des Bauches
- Vitalparameter: RR, Pulsoxymetrie, Atemfrequenz



Sofortmaßnahmen

- Analgesie
- Volumensubstitution
- Kreislaufstabilisierende Maßnahmen, wenn notwendig
- Transport ins Krankenhaus



Akute Stieldrehung von Adnextumoren

- Definition
- Stieldrehung = Unterbrechung der Blutzirkulation, weil sich ein mit einem anderen Körperorgan in Verbindung stehender, gestielter Tumor um den eigenen Gefäßstiel dreht. Dies führt zu einer venösen Stauung in der Geschwulst.

Ursachen:

- Ruckartig abgebremste Bewegungen
(Lagewechsel, Umdrehen im Bett, Bücken, Heben, Springen)
- Sport
- Tanzen

Klinik:

- Plötzlich einsetzender massiver Bauchschmerz aus völliger Gesundheit
- Verfallenes Aussehen
- Abwehrspannung der Bauchdecke
- Tachykardie
- Schweißausbruch
- Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen
- Druckdolenter Tumor



Diagnostik:

- Anamnese (SS?, Blutungen?, akuter Schmerzbeginn? Zyste ev. vorbekannt?)
- Vitalparameter: RR, Pulsoxymetrie, Atemfrequenz
- Palpitation des Bauches

Sofortmaßnahmen:

- Lagerung mit Entspannung der Bauchdecke (Knierolle)
- Analgesie, ev. Kreislaufstabilisierende Maßnahmen
- Transport ins Krankenhaus



Ovarialtorsion

- Ovarialtorsion bei einer 16jährigen Patientin mit einer 6cm Zyste



Adnexitis/Pelvipерitonitis/Tuboovarialabszess

- Ursache = aszendierende und deszendierende Infektionen mit breitem Erregerspektrum
- Mögliche Erreger: Strepto-, Staphylo-, Enterokokken, Kolibakterien, Anaerobier, Mykoplasmen, Chlamydien (30-40%), Gonokokken

Aszendierende Infektionen = häufig!



- Auftreten v.a. während der Menstruation, nach Geburten oder Fehlgeburten oder nach Eingriffen über die Scheide (IUD-Anlage, HSK/CUR, Konisation, usw.,...)

Deszendierende Infektionen

- Weiterleitung per continuitatem aus benachbarten entzündeten Organen – Appendizitis, Peritonitis, Sigmoiditis, perithyphlitischer Abzess
- Hämatogen: Tuberkulose

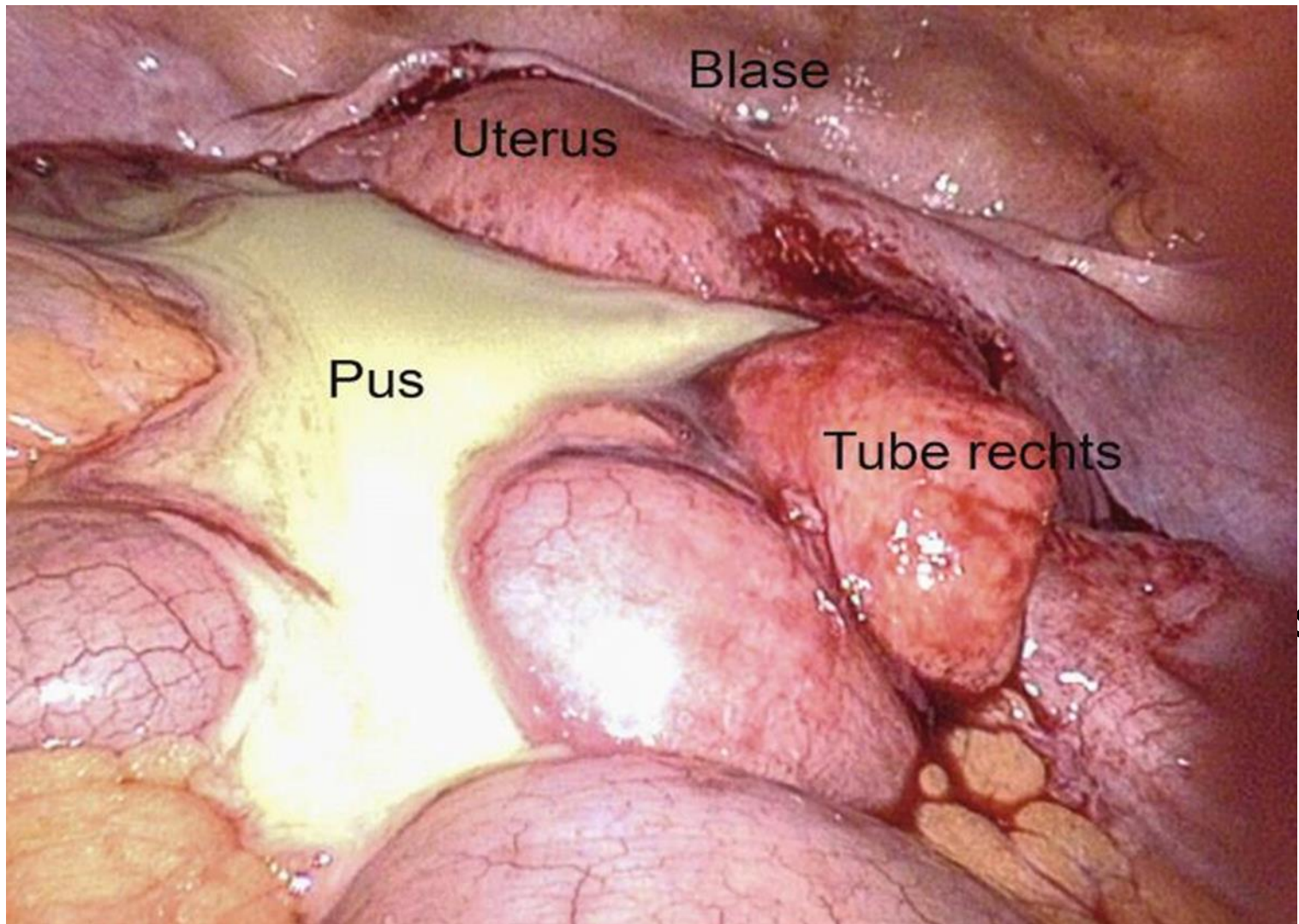
Klinik:

- Plötzlicher Unterbauchschmerz einseitig oder beidseitig
- Fieber
- Übelriechender, gelblich grünlicher Fluor vaginalis
- Postmenstruelle Schmierblutungen
- Schmerzen beim GV
- Übelkeit, Meteorismus, Brechreiz (Pelviperitonitis)
- Abwehrspannung der Bauchdecke (Pelviperitonitis)
- Wechsel von Opstipation und Diarrhoe

Diagnostik

- Palpitation - Druckdolenz im Bereich der Adnexe(n) bzw im gesamten UB bei Pelviperitonitis
- Anamnese (Fluor, Schmierblutungen, stattgehabte Infektionen, IUD, usw.,...)
- Temperatur messen
- Innerklinisch: Spiegeluntersuchung (Portio-Hebe-Schiebeschmerz), Nativ-Präparat, Amin-Test, Abstrich, Sonographie (freie Flüssigkeit, Saktosalpinx, Adnextumoren)

Therapie:



Genitaltrauma nach Unfall

Definition:

Prellung, Schürfung, Labienriss, Hämatom, Pfählungsverletzung, penetrierende Verletzung durch die Bauchdecke

Ursache:

- Sturz auf Geländer, Zaun, Fahrradrahmen
- Penetration durch spitzen Stangen oder Zaunteile
- Verkehrsunfall

Klinik:

- Der Unfallhergang ist sehr wichtig um das Ausmaß des Traumas kalkulieren zu können!
- Schürfungen, Prellungen, Hämatome der Vulva bzw Mons pubis sind durch Sturz aber auch bei Beckenring- und Symphysenfrakturen möglich
- Pfählungsverletzungen und penetrierende Bauchverletzungen können sowohl das äußere, als auch das innere Genitale betreffen.
 - - Harnblase (blutiger Urin)
 - - Harnleiter (Abriss bei Beckenringfraktur)
 - - Rektosigmoid (Stuhlabgang)
- Blutungen nach außen bzw. innen können zum Volumenmangelschock führen
- Starke Schmerzen

Sofortmaßnahmen:

Bei leichtem Trauma:

- Lokalbehandlung – Kühlung des Hämatoms
- Analgesie
- Innerklinisch: Nahtversorgung im Vulvabereich

Bei schwerem Trauma:

- Sicherung der Vitalfunktionen und Kreislaufstabilisierung
- Analgesie
- Transport in ein operatives Zentrum
- Interdisziplinäres Vorgehen (Gynäkologie, Unfallchirurgie, Urologie, Radiologie)

Gynäkologische Notfälle aufgrund vaginaler Blutungen

Definition:

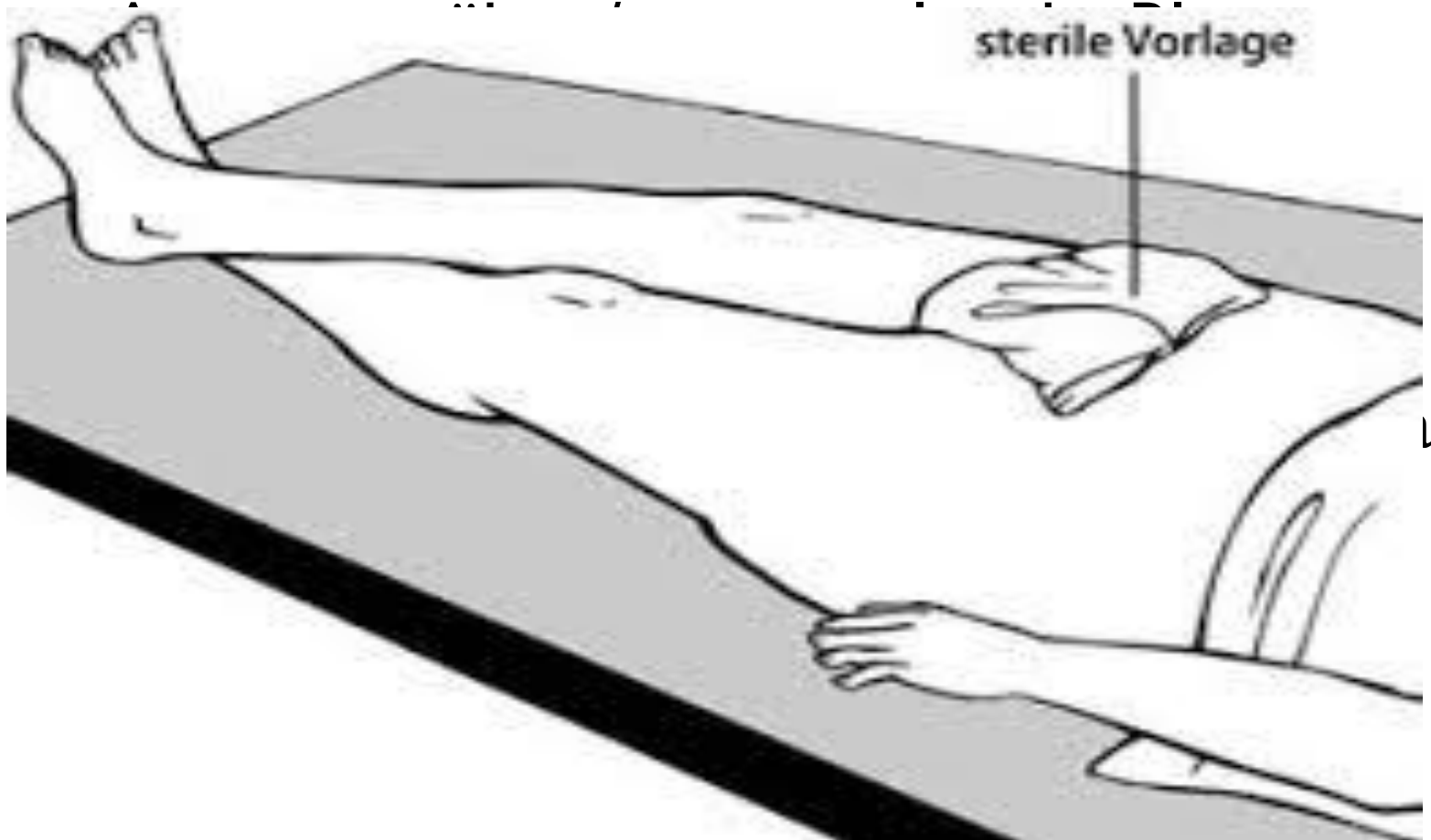
Atypische, vom normalen Zyklus abweichende, starke Blutung aus der Scheide (Metrorrhagie), die dann zum Notfall wird, wenn ein Volumenmangelschock auftritt.

- Karzinomblutungen: Zervix-Ca, Endometrium-Ca, Vaginal-Ca, Vulva-CA
- Unfalltrauma
- Kohabitationsverletzungen
- Anämisierende Hypermenorrhoe
- Schwangerschafts-bzw. Geburts-assoziierte Blutungen

Klinik:

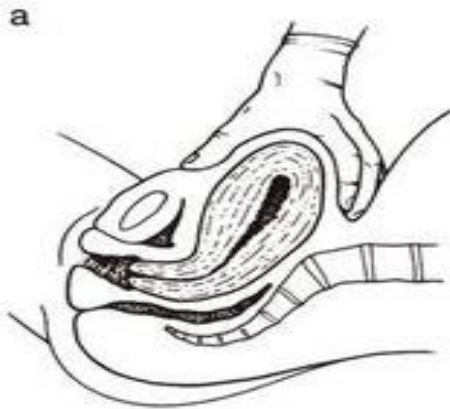
- Massiver, deutlich überregelstarke Blutung aus der Scheide
- Bei geringer Blutung aus der Vagina und Schocksymptomatik muss an eine intraabdominelle Blutung gedacht werden (zB. EUG)
- Bei vaginaler Blutung ist die Blutungsquelle fast immer die Gebärmutter

Sofortmaßnahmen:

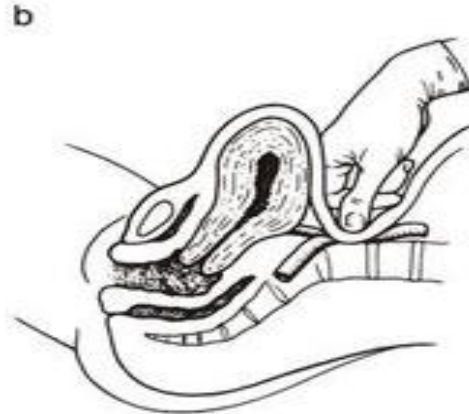


Sofortmaßnahmen

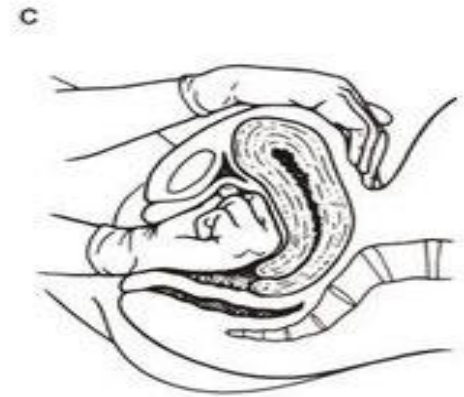
- Bei nicht zugänglicher, lebensbedrohlicher Blutung



Halten des Uterus



Aortenkompression



Hamilton-Handgriff

- 
- Bei Schwangeren leichte Linksseitenlagerung (V.cava Syndrom!)
 - Transport in KH (ev. mit Vorankündigung im KRZ bzw. beim diensthabenden Gynäkologen)

Schwangerschafts-Assoziierte Notfälle

- Abort
- EUG
- Placenta praevia Blutung
- Vorzeitige Plazentalösung

ABORT

Definition:

Unter Abort versteht man die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft vor Beginn der 24. SSW.

Früh-AB: bis zu 14.SSW

Spät-AB: 14.SSW bis Lebensfähigkeit (23./24.SSW)

Ursachen

Maternale Ursachen

- Infektionen
- Uterusanomalien
- Ovarialinsuffizienz (Corpus luteum insuffizienz)
- Alkohol/Drogenabusus

Fetale Ursachen

- Chromosomenanomalien
- Störungen der Nidation und Wachstum
- Plazentainsuffizienz

Abort

- Ein Großteil der Aborte wird klinisch nicht auffällig. Etwa 50% aller Konzeptionen verlaufen in einer sehr frühen Phase spontan abortiv. Diese sind oft klinisch stumm und werden als Zyklusstörungen gedeutet.
- Das klinische Bild eines Aborts zeigt sich erst nach der 4.SSW.

Klinik

- Variabel
- Sekundäre Amenorrhoe
- Schwangerschaftstest positiv
- Unterbauchschmerzen (Kontraktionen)
- Starke, vaginale Blutung
- Gewebeabgang (Fet, Placenta)
- Ev. Fieber (febriler/septischer Abort)

Sofortmaßnahmen

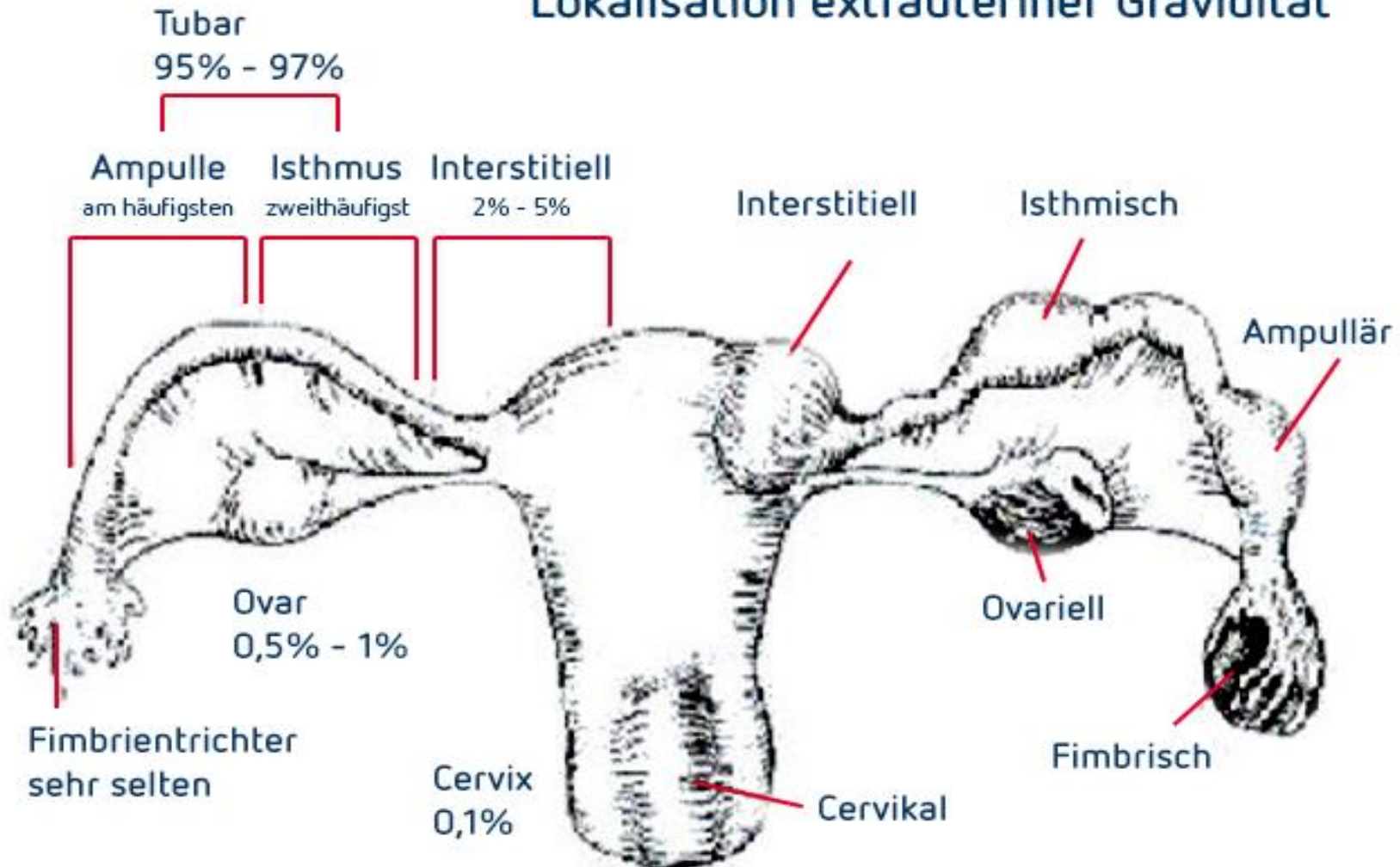
- Anamnese (Letzte Regel, SS-Test, Mutter-Kind Pass)
- Vitalparameter
- Kreislaufstabilisierende Maßnahmen
- Sterile Vorlage
- Transport ins Krankenhaus
- Innerklinisch: Konservativ, Curettage

Extrauterin gravidität

- Eine **Extrauterin gravidität** liegt bei Einnistung (Nidation) einer befruchteten Eizelle außerhalb des Cavum uteri vor, d.h. die Eizelle nistet sich außerhalb der Gebärmutterhöhle ein.

Lokalisationen

Lokalisation extrauteriner Gravidität



Risikofaktoren

- Z.n. Salpingitis (Chlamydien)
- Z.n. Tubenchirurgie
- Z.n. EUG
- Infertilität und Sterilitätstherapie
- Nikotinabusus

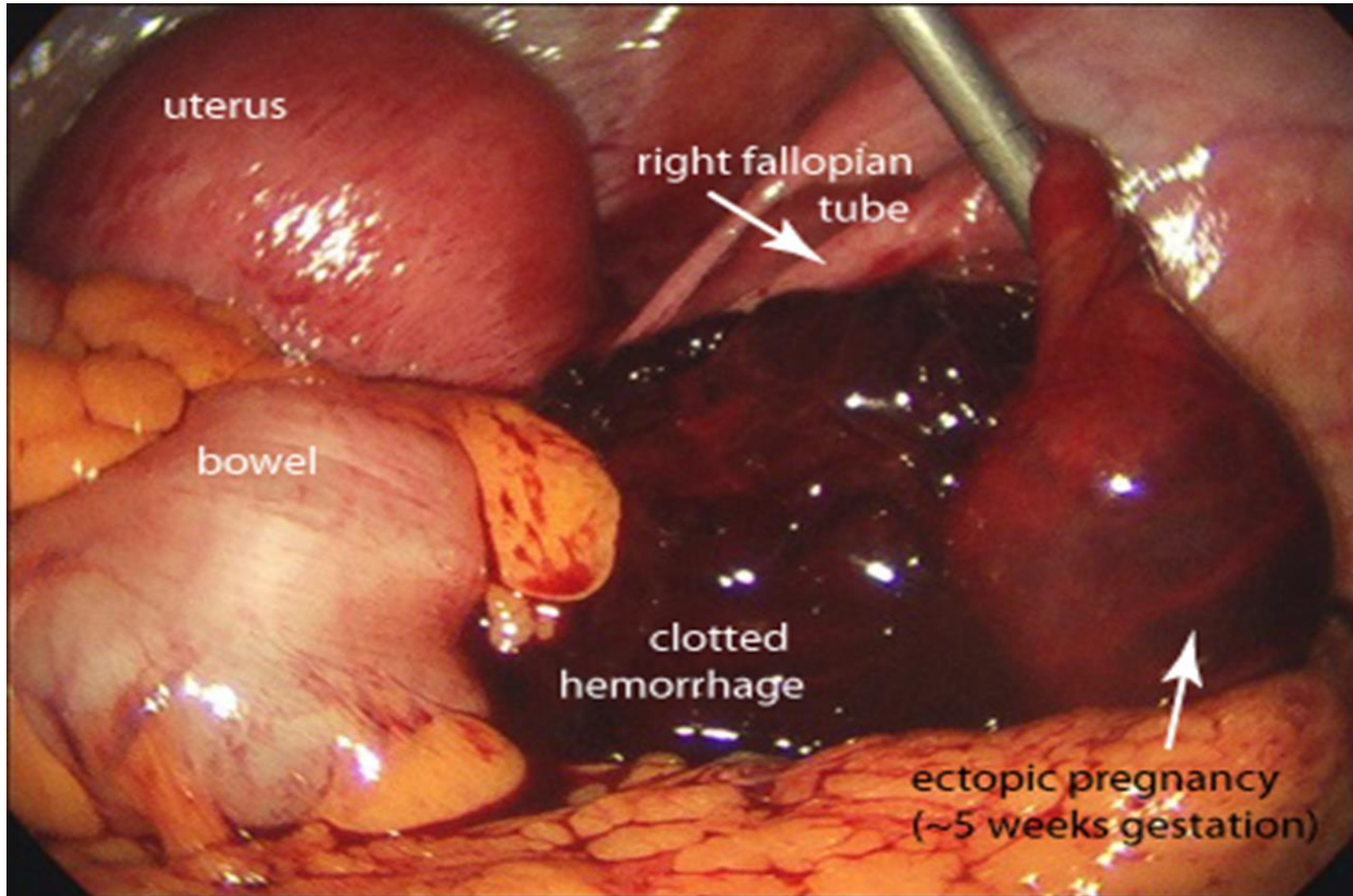
Klinik

- Klinik abhängig von Lokalisation der Tubaria und Stadium
- Sek. Amenorrhoe 6 – 8 Wochen (meist zw. 6. und 9.SSW)
- Schwache vaginale Blutung (Schmierblutung)
- Ziehende, seitenabhängige Unterbauchschmerzen
- Abwehrspannung
- Schwächezustand , Kollapsneigung (Cave: Rupturierte Tubaria!)

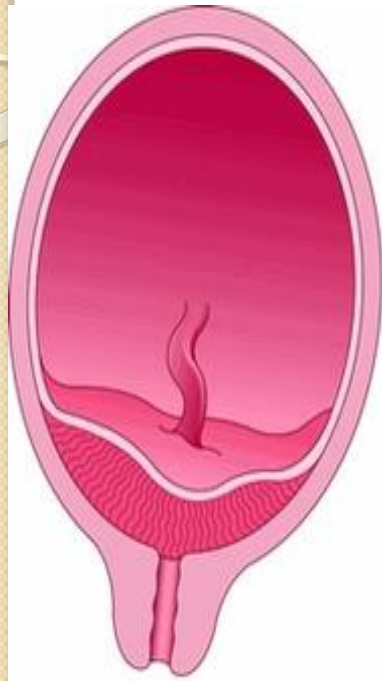
Rupturierte Tubaria

- Plötzlicher, starker Zerreißungsschmerz, danach stumpfer, eher diffuser Schmerz im kleinen Becken
- Schulterschmerz (N.phrenicus)
- Abwehrspannung der Bauchdecken und akutes Abdomen
- Rapide Verschlechterung des AZ mit folgendem Volumenmangelschock

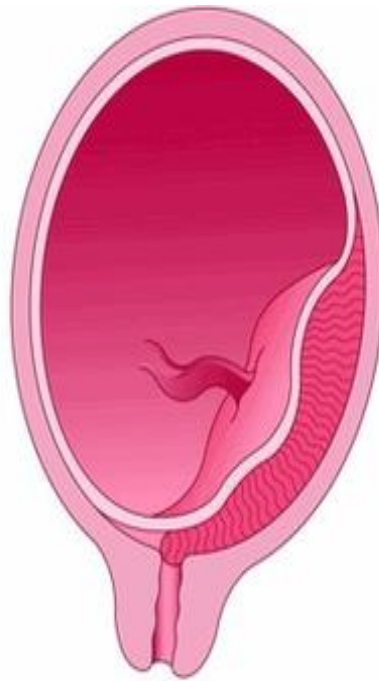
Sofortmaßnahmen



Plazenta praevia Blutung



Complete



Partial



Marginal



Low lying

Ursachen:

- Meist unklar
- Vernarbungen (Z.n.Cur, Z.n.Sectio)
- Ältere Multipara
- Gemini-Gravidität
- ART (IVF, ICSI)

Klinik:

- Schmierblutung bis Massivblutung im 3. Trimenon oder unter der Geburt
- Oft hellrote, annoncierende Blutung (Anamnese!)
- KEINE (!) Schmerzen, Abdomen nicht gespannt (DD: vzt. Plazentalösung)
- Meist keine oder geringe Wehentätigkeit
- Vorangehender Kindsteil über dem Beckeneingang

Sofortmaßnahmen:

- Keine vaginale oder rektale Untersuchung!
- Keine Tamponade!
- Lagerung flach, Beine hoch(30°), sterile Vorlage im Vulvabereich
- Kreislaufstabilisierende Maßnahmen
- Transport ins KH, Ankündigung im Kreiszimmer bzw. beim diensthabenden Gynäkologen

Differentialdiagnosen

- Vorzeitige Plazentalösung
- Verstärktes Zeichnen bei drohender Frühgeburt
- Varizen
- Portioerosionen
- Zervix-Ca

Therapie

Je Blutungsstärke

- Sectio caesarea
- Konservativ (Observanz, Tokolyse, Lungenreifung, usw.,...)

Vorzeitige Plazentalösung



Definition:

= Blutung zwischen Plazenta und Uterusinnenwand.

Der vorzeitigen Plazentalösung liegen pathologische Veränderungen kleiner arterieller Gefäße der Dezidua zugrunde.

Die Bildung eines retroplazentares Hämatom kann zum vollständigen Ablösen der normal sitzenden Plazenta führen-

Betrifft 0,2-2,6% aller Schwangerschaften

Prädisponierende Faktoren

- Hochdruckerkrankungen: SIH, präexistente Hypertonie, Präeklampsie
- Trauma
- Nikotinabusus/Kokainabusus
- Plötzliche Dekompression bei Blasensprung bei Polyhydramnion oder Gemini-Gravidität
- Multiparität
- Mangelernährung

Klinik

- Plötzliche, starke Schmerzen im vorher oft wehenlosen Uterus
- Brettharter, druckschmerzhafter Uterus („Holzuterus“) durch Dauerkontraktionen (Wehensturm)
- Dunkelrote vaginale Blutung (80%)
- Blutverlust nach außen variabel, geringe Blutung nach außen auch in schweren Fällen möglich
- Lebensbedrohliche Blutung durch Atonie, DIC und Verbrauchskoagulopathie (10%)
- Volumenmangelschock
- Massive Kindsgefährdung durch Sauerstoffmangel und akute Asphyxie

Sofortmaßnahmen

- Keislaufstabilisierende Maßnahmen
- Keine vaginale oder rektale Untersuchung
- Transport ins KH
- Ankündigung im Kreiszimmer bzw. beim diensthabenden Gynäkologen



Therapie

Lebendes Kind

- Notsectio
- Kreislauf und Gerinnungssituation der Mutter eng überwachen

Abgestorbenes Kind

- Wenn möglich vaginale Entbindung
- Kreislauf und Gerinnungssituation der Mutter eng überwachen
- Bei Schock, schwerer Gerinnungsstörung: Sectio am toten Kind aus maternaler Indikation

Prognose

- Die mütterliche Prognose hängt vom Blutverlust und ggf. der Gerinnungsstörung ab.
- Die mütterliche Mortalität beträgt bis zu 1%.
- Die perinatale Mortalität wird in Abhängigkeit von der Schwere der Lösung mit 10–67% angegeben.
- Das Wiederholungsrisiko beträgt 5–17%, steigt nach 2-maliger Lösung auf 25%.



Danke!