

Zbl. Gynäk. 94 (1972) 520—523

Aus der Geburtshilflich-Gynäkologischen Abteilung
(Chefarzt: MR Dr. med. G. Gerisch)
der Funktionseinheit Kreiskrankenhaus/Poliklinik Eberswalde-Finow
(Ärztlicher Direktor: MR Dr. med. R. Porschitz)

Zur Behandlung des septischen Seifenabortus

Von G. Gerisch und A. Miske

Zusammenfassung: Nach intrauteriner Seifenspülung zum Zwecke der Abtreibung kann es besonders dann zur Ausbildung eines lebensgefährlichen Schockzustandes kommen, wenn der Uterus trotz dieser Spülung keine Wehentätigkeit erkennen läßt und die Frucht nicht ausgestoßen wird. Nach unseren Erfahrungen führen die rein konservative Behandlung und auch die sogenannte aktive Therapie im Sinne einer digitalen und instrumentellen Ausräumung des Uterus zu denkbar schlechten Resultaten. Wir haben uns deshalb in mehreren Fällen dazu entschlossen, den Uterus mit seinem infizierten Inhalt und dem Seifendepot zu entfernen, wenn keine Anzeichen für eine spontane Entleerung gegeben sind.

Mit Nachdruck verweisen die Autoren darauf, daß diese Form der Behandlung nur dann einen Sinn haben kann, wenn die Operation rechtzeitig durchgeführt wird, so daß entweder ein sich anbahnender Schock vermieden oder aber nach erfolgreicher Schockbehandlung die erneute Intoxikation und die Ausbildung einer Allgemeininfektion verhindert werden. Es wird dabei nicht verschwiegen, daß die Entscheidung zur rechtzeitigen Hysterektomie in jedem Einzelfall besonders schwer und verantwortungsvoll ist.

Die Diskussion darüber, ob der fieberhafte oder der septische Abortus abwartend konservativ oder aber aktiv zu behandeln sei, ist nicht etwa — wie man glauben möchte — erst in den letzten Jahrzehnten mit Einführung der Sulfonamide und der Antibiotika entflammt. Dieser Streit begann vielmehr bereits vor gut 100 Jahren, wie bei Heynemann [5] in seinem Handbuchartikel nachgelesen werden kann. Dabei muß allerdings vermerkt werden, daß es sich bei diesen Diskussionen, die bis in die heutigen Tage aktuell geblieben sind, fast immer um die Beantwortung der Frage handelte, ob ein septischer Abortus *incompletus* sofort oder erst nach Entfieberung ausgeräumt werden sollte. Eine endgültige Entscheidung darüber ist bis heute noch nicht gefallen; beide Lager scheinen wohl die gleiche Anhängerschaft für sich verbuchen zu können.

Ganz anders stellt sich die Situation dar, wenn die Frage aufgeworfen wird, wie eine Patientin zu behandeln sei, bei der ein septischer Abortus nach Artefakt vorliegt, ohne daß die Gebärmutter sich spontan entleert. Im deutschen Schrifttum wird fast übereinstimmend diese Frage dahingehend beantwortet, daß diese Fälle streng konservativ zu behandeln seien und daß eine aktive Therapie erst dann einsetzen dürfe, wenn die spontane Ausstoßung der Frucht erfolgt sei.

Auch die Berichte über den septischen Endotoxinschock nach intrauteriner Seifenspülung gehen grundsätzlich von der Forderung aus, die konservative Therapie in den Vordergrund zu stellen und eine spontane Ausstoßung der Frucht abzuwarten oder zu provozieren, um dann eventuell aktiv die vollständige Entleerung der Gebärmutterhöhle anzuschließen.

Im Laufe von 2 Jahren hatten wir Gelegenheit, 6 Patientinnen zu behandeln, die nach intrauteriner Seifenspülung ausnahmslos schwere septische Schockzustände aufwiesen und bei denen eine spontane Entleerung der Gebärmutter nicht abgewartet werden konnte. Diese Krankheitsfälle beinhalten gleichartige und bemerkenswerte Besonderheiten; sie lassen deshalb durchaus Rückschlüsse zu auf die prinzipielle Einstellung zum konservativen oder aktiven Vorgehen bei derartigen Situationen.

In dem nachfolgend aufgeführten 1. Fall waren wir wegen sehr starker Blutungen gezwungen, den Uterus operativ zu entleeren. Der Krankheitsverlauf dieser Patien-

tin scheint der allgemeinen Auffassung recht zu geben, daß die digitale und instrumentelle Manipulation in einem infizierten Uterus gefährliche Konsequenzen nach sich ziehen kann.

Fall 1: Frau I. N., 26 Jahre alt, kommt bei einer Schwangerschaft in der 18. Woche mit schweren Blutungen zur Aufnahme. Da der Zervikalkanal völlig geschlossen ist und auch keine Wehentätigkeit nachgewiesen werden kann, muß aus vitaler Indikation eine vordere Hysterotomie mit digitaler und instrumenteller Ausräumung des Uterus vorgenommen werden. Zunächst glatter postoperativer Verlauf. 24 Stunden nach der Operation bildet sich ein septisches Zustandsbild mit einer diffusen Peritonitis aus. Erst jetzt gibt die Patientin zu, vor der Krankenhauseinweisung drei Seifenspülungen in die Gebärmutter vorgenommen zu haben. Da die konservative Therapie keine Besserung bringt, entschließen wir uns zur vaginalen Uterus-exstirpation, um den Infektionsherd zu beseitigen.

Die Patientin erholt sich jedoch trotz aller Maßnahmen nur schwer. Es bilden sich parametrane Abszesse aus, die chirurgisch angegangen werden müssen. Erst 60 Tage nach Krankenhausaufnahme kann die Patientin gesund nach Hause entlassen werden.

Wir haben bereits deutlich gemacht, daß in diesem Fall die starke uterine Blutung die Indikation zur Hysterektomie abgab, so daß an diesem Beispiel die Frage nach der Richtigkeit des aktiven Vorgehens nicht diskutiert werden kann. Es wird lediglich die Tatsache noch einmal beleuchtet, daß bei derartigen vitalen Indikationen meist ja gar nicht bekannt ist, ob vorher eine Seifenspülung oder eine andere kriminelle Handlung vorgenommen worden ist. Der Krankheitsverlauf unserer Patientin allerdings läßt ohne Frage den Schluß zu, daß die Operation an einem infizierten Uterus zu schweren Komplikationen führen kann, so daß damit der prinzipiellen Forderung nach streng konservativer Einstellung recht gegeben werden müßte.

Etwa ein $\frac{1}{2}$ Jahr später werden wir erneut mit diesem Problem konfrontiert. Wir haben nun Gelegenheit — da keine Blutung zum Eingreifen zwingt — das konservative Vorgehen zu praktizieren.

Fall 2: Frau M. Z., 36 Jahre alt, kommt in der 13. Schwangerschaftswoche im schweren septischen Schockzustand zur Aufnahme, nachdem sie 3 Tage vorher eine intrauterine Waschmittelspülung vorgenommen hatte. Durch intensive Behandlung gelangt es, den Schock zu beheben und die Infektion zu beherrschen. Keine Wehentätigkeit, keine Blutung. Trotz weiterer ständiger Tropf- und Antibiotikabehandlung bildet sich plötzlich am 4. Tag ein erneuter septischer Schock aus, der jetzt allerdings nur unvollkommen behoben werden kann. Da mit einer spontanen Entleerung des Uterus weiterhin nicht gerechnet werden kann, entschließen wir uns auch hier zu einer vaginalen Uterusexstirpation.

Die Patientin erholt sich nur unzulänglich trotz aller Maßnahmen. Zunehmende Verwirrheitszustände und die ersten Symptome einer Anurie veranlassen uns, die Patientin zur Hämodialyse zu verlegen. Trotzdem schnelle Verschlechterung des septischen Zustands, so daß die Patientin dann an den Folgen einer septisch-metastatischen Meningitis und Glomerulitis verstirbt.

Wenn wir noch einmal darauf hinweisen, daß die Patientin eine intrauterine Spülung mit einem Waschmittel vorgenommen hat, dann wollen wir auf diese Weise keine Diskussion darüber entfachen, ob das Einbringen von Detergentien in die Uterushöhle gegenüber dem Seifenabortus eine vergleichsweise leichte Verlaufsform aufweist. Der von uns beschriebene Fall wäre auch für eine derartige Diskussion schon deshalb nicht geeignet, weil die Patientin — wie wir später erfahren haben — zur intrauterinen Spülung die gleiche Waschmittellösung benutzte, mit der sie vorher ihre Wäsche gewaschen hatte!

Abgesehen von diesen fast makabren Begleitumständen veranlaßte uns der katastrophale Ausgang dieses 2. Falls zu der Feststellung, daß auch die konservative

Therapie nicht ausreichend, ja geradezu gefährlich ist, wenn es sich um einen septischen Uterus handelt, der das eingebrachte Seifendepot nicht abgibt, so daß von hier aus ständig neue infektiöse Schübe und Seifeneinschwemmungen erwartet werden müssen. Sowohl die konservative als auch die aktive Therapie haben also in unseren Beispielen zu äußerst unbefriedigenden Resultaten geführt.

Wir müssen aber gleichzeitig in Auswertung dieser beiden Fälle zu der Schlußfolgerung gelangen, daß die Uterusexstirpationen immer zu spät kamen! Mit einiger Sicherheit ist anzunehmen, daß eine früher durchgeführte Operation auch zu anderen Resultaten geführt hätte. Nicht die konservative oder die sogenannte „aktive“ Therapie stehen hier zur Debatte, vielmehr sollte man sich zur frühzeitigen Uterusexstirpation entschließen, wenn die Voraussetzungen dafür gegeben sind.

Durch moderne Behandlungsmethoden sind wir häufig durchaus in der Lage, innerhalb weniger Stunden das schwere Krankheitsbild eines septischen Schocks so günstig zu beeinflussen, daß die Patientin sich wohl fühlt, klinisch keine Zeichen einer schweren Erkrankung mehr gegeben sind und die Laborwerte sich annähernd normalisieren. Dieser erfreuliche Therapieeffekt ist aber ein Trugbild; wir haben es in unserem 2. Fall bitter bereuen müssen, daß wir uns blenden ließen von diesem Behandlungserfolg. Wenn es gelingt, den schweren Schockzustand einer Patientin durch die moderne Therapie mit Infusionen, Transfusionen, mit Heparinungen, Antibiotika und Prednison zu beheben, so sollte dieser Erfolg lediglich als Zwischenergebnis gewertet werden, der uns in jedem Fall veranlassen muß, die weiteren Behandlungsmaßnahmen festzulegen. Sind Anzeichen dafür vorhanden, daß mit einer spontanen Entleerung des Uterus in den nächsten Stunden gerechnet werden kann, dann wird man sicherlich abwarten können. Sind diese Anzeichen aber nicht gegeben, bleibt also die Gebärmutter „stumm“, dann ist mit der Gefahr zu rechnen, daß sich ein erneuter schwerer Schockzustand eventuell mit Ausbildung septischer Metastasen einstellt, wie wir das bei unserer Patientin erleben mußten.

Auf Grund dieser Erkenntnisse und Erfahrungen entschlossen wir uns dazu, in Zukunft ein radikales Vorgehen zu praktizieren und einer geglückten, erfolgreichen Schockbehandlung die Uterusexstirpation sofort folgen zu lassen, wenn nicht bereits in den nächsten Stunden mit einer spontanen Entleerung des Uterus zu rechnen ist.

Wir brauchten nicht lange zu warten, um diese theoretischen Überlegungen in die Tat umzusetzen. Bereits 2 Tage nach dem Tode der Patientin Z. (Fall 2) wurde erneut eine Patientin eingewiesen, die in allen Einzelheiten die gleichen Ausgangswerte bot.

Fall 3: Frau E.B., 28 Jahre alt, kommt ebenfalls in einem sehr schweren Schockzustand nach intrauteriner Seifenspülung in der 10. Schwangerschaftswoche zur Aufnahme. Durch intensive Behandlung kann der Schock behoben werden. Da aber der Uterus wiederum keine Anzeichen dafür erkennen läßt, daß eine spontane Entleerung zu erwarten ist, entschließen wir uns jetzt „im freien Intervall“ gleich zur vaginalen Uterusexstirpation, um neuerlichen Infektionsschüben zuvorzukommen.

Absolut glatter postoperativer Verlauf und Entlassung der Patientin am 14. Tag nach der Operation.

2 weitere Patientinnen wurden von uns behandelt, die die gleichen Symptome boten. Eine Patientin kam in der 10., die zweite in der 20. Schwangerschaftswoche. In jedem Fall konnte der schwere Schock behoben werden, eine spontane Uterusentleerung blieb jedoch aus. Auch hier faßten wir den Entschluß zur vaginalen Uterusexstirpation zu einem Zeitpunkt, da das lebensgefährliche Krankheitsbild zunächst behoben schien, die gefährliche Infektionsquelle aber weiterhin als latenter Gefahrenherd bestehen blieb. Auch diese beiden Frauen konnten nach glattem Verlauf bereits 2 Wochen nach der Operation gesund nach Hause entlassen werden.

Fall 6: Frau E.Sch., 29 Jahre alt, kommt im septischen Zustand bei einer Schwangerschaft in der 18. Woche zur Aufnahme. Es bestehen jedoch keine Anzeichen

für einen Schock. Trotz aller Maßnahmen erfolgt keine Entfieberung. 36 Stunden nach der Aufnahme schwerer Schüttelfrost. Keine Wehentätigkeit. In diesem Zustand entschließen wir uns zur vaginalen Uterusexstirpation, nachdem die Patientin uns jetzt endlich zugab, daß sie eine intrauterine Seifenspülung vorgenommen hatte, wie sie das ja in den Jahren zuvor schon 4mal mit „gutem Erfolg“ praktiziert hatte. Nach der Operation schnelle Erholung und Entlassung am 16. Tag.

Bei der Beurteilung dieses Falls gehen wir davon aus, daß nach fast 2tägiger intensiver konservativer Behandlung das septische Zustandsbild in keiner Weise beeinflusst werden konnte. Ein weiteres Abwarten hätte mit größter Wahrscheinlichkeit die Ausbildung eines septischen Schocks zur Folge gehabt. Der Entschluß zur vaginalen Uterusexstirpation sollte also die Infektionsquelle beseitigen, weil eine spontane Entleerung des Uterus nicht zu erwarten war. Wir sind also der Auffassung, daß wir mit diesem Eingriff eine sich anbahnende lebensgefährliche Situation verhindert haben. Wir sehen darin die Rechtfertigung dieses Entschlusses, der allerdings — und das muß unbedingt hinzugefügt werden — in diesem Fall von besonderer Tragweite war, weil die Patientin kinderlos ist.

Es erschien uns wichtig, die Gründe dafür aufzuzeigen, die uns bewogen, in bestimmten Fällen die Uterusexstirpation als Mittel der Wahl für die Behandlung eines septischen Seifenabortus anzusehen. Es kann aber nicht genug betont werden, daß eine solche Einstellung auf gar keinen Fall dazu führen darf, einen jeden fieberhaften Abortus bereits als Indikation zur Uterusexstirpation anzusehen. Die von uns dargelegten Fälle geben nach unserer Meinung ganz offenkundig darüber Auskunft, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um eine so radikale Behandlung des septischen Abortus zu rechtfertigen.

Wir stimmen mit **B e r n d t** und **S c h ü b l i n g** [3] überein, wenn sie zur Behandlung des septischen Abortus sagen, daß die Indikation zur frühzeitigen Uterusexstirpation nur nach individueller Einschätzung jedes einzelnen Falls gestellt werden darf. Beide Autoren betonen, daß die frühzeitige Uterusexstirpation zwar erfolgversprechend, aber auch mit dem Risiko der eventuell unnötigen Operation belastet sei.

Wir wollen hingegen weniger von der frühzeitigen, als vielmehr von der rechtzeitigen Hysterektomie sprechen, denn die Entfernung des schwer infizierten Uterus hat nur dann einen Sinn, wenn diese Operation noch zur rechten Zeit durchgeführt wird. Eine zu spät erfolgte Uterusexstirpation kann den verheerenden Ausgang des septischen Zustandes nicht mehr aufhalten. Diese Tatsache der frühzeitigen Entscheidung in so schwierig gelagerten Fällen aber erfordert ein erhebliches Maß von Verantwortung.

S c h r i f t t u m

1. Altmann, W.: Zbl. Gynäk. 92 (1970) 1076.
 2. Beller, F. K.: Geburtsh. u. Frauenheilk. 28 (1968) 113.
 3. Berndt, J., und G. Schüßling: Zbl. Gynäk. 91 (1969) 1052.
 4. Franke, H.: Zbl. Gynäk. 92 (1970) 385.
 5. Heynemann, Th.: Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. VIII, 2. Aufl. Berlin 1951.
 6. Kubli, F., und E. Heller: Geburtsh. u. Frauenheilk. 23 (1963) 1053.
 7. Lachheim, Pap., Rabsilber und Lindemann: Dtsch. Ges.wesen 24 (1969) 743.
 8. Martius, H.: Lehrbuch der Geburtshilfe. Stuttgart 1964.
 9. Saurwein, A.: Zbl. Gynäk. 89 (1967) 897.
 10. Simons, W., und G. Wilhelm: Geburtsh. u. Frauenheilk. 27 (1967) 759.
 11. Stamm, H.: Geburtsh. u. Frauenheilk. 24 (1964) 1034.
 12. Stoeckel, W., und H. Kraatz: Lehrbuch der Geburtshilfe, 14. Aufl. Jena 1966.
 13. Tenhaeff, D.: Zbl. Gynäk. 89 (1967) 902.
 14. Wille, P.: Zbl. Gynäk. 90 (1968) 379.
 15. Wille, P.: Dtsch. Ges.wesen 21 (1966) 441.
 16. Zander, J.: Septischer Abortus und bakterieller Schock. Berlin-Heidelberg-New York 1968.
- Anschr. d. Verf.: MR Dr. G. Gerisch und Dr. A. Miske, Kreiskrankenhaus, DDR-13 Eberswalde-Finow 1, Breitscheidstr. 100