

Dr. Markus Hodel<sup>1</sup>  
 Dr. Claudia Kurtz<sup>2</sup>  
 Prof. Bernhard Schüssler<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Neue Frauenklinik

<sup>2</sup>Institut für Radiologie, Kantonsspital, Luzern

## Irreguläre Uterusblutungen und sekundäre Sterilität nach Sectio caesarea

**Frau S. H. hatte im Alter von 30 Jahren ihr erstes Kind bei Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode über eine sekundäre Sectio caesarea geboren. Nach Abschluss der Stillperiode stellten sich bei ihr verlängerte Periodenblutungen ein. Gleichzeitig litt sie auch unter einem an die Periode sich anschliessenden braun-blutigen Ausfluss, welcher zum Teil schwallartig und mit intermittierenden Unterleibsschmerzen einherging. Der Wunsch nach einem zweiten Kind war bisher seit 1½ Jahren unerfüllt geblieben, obwohl die erste Schwangerschaft ganz problemlos eingetreten war.**

### Diagnostik

Die gynäkologische Untersuchung bestätigte den bräunlichen Ausfluss aus einer normal formierten Zervix bei ansonsten unauffälligem Befund. Sonographisch hingegen zeigte sich, wie auch vom zuweisenden Arzt beschrieben, ein Defekt in der Zervixvorderwand (Abb. 1a). Im MRI erwies sich der Defekt als ausgedehnte Sakkulation ca. 1.5 cm oberhalb des äusseren Muttermundes mit

etwa gleicher Distanz zum inneren Muttermund. Horizontal ist der Defekt beinahe auf die gesamte Cirkumferenz der Zervix ausgedehnt (Abb. 1b, 1c).

Bei der Hysteroskopie gelangte man problemlos in eine ausgedehnte Herniation der Zervix, angefüllt mit menstruellem Debris bei narbiger Auskleidung (Abb. 2). Bei weiterem Vorschieben des Hysteroskops gelangte man dann in ein unauffälliges Cavum uteri.

Die weitergehende Sterilitätsabklärung ergab einen normalen ovulatorischen Testzyklus mit unauffälligen Hormonwerten und suffizienter Lutealphase.

Bei der diagnostischen Laparoskopie zeigte sich auf einer Fläche von 5 cm zwischen Harnblase und zervico-corporalem Übergang ein narbig peritonealisiertes Areal (Abb. 3).

### Diagnose

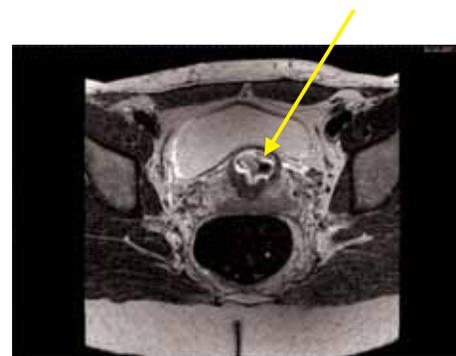
Offensichtlich handelt es sich um eine ausgedehnte Sakkulation der Sectionarbe mit eindeutiger intrazervicaler Lokalisation. Die Blutungsunregelmässigkeiten wie aber auch der schwallartige Sekretabgang und die begleitenden Unterbauchbeschwerden lassen sich damit bestens



1a



1b



1c

Abb. 1a und b. Flüssigkeitsgefüllter Hohlraum in der Mitte der vorderen Zervikalwand im Sagittalschnitt.

a) Transvaginalsonographie

b) MRI

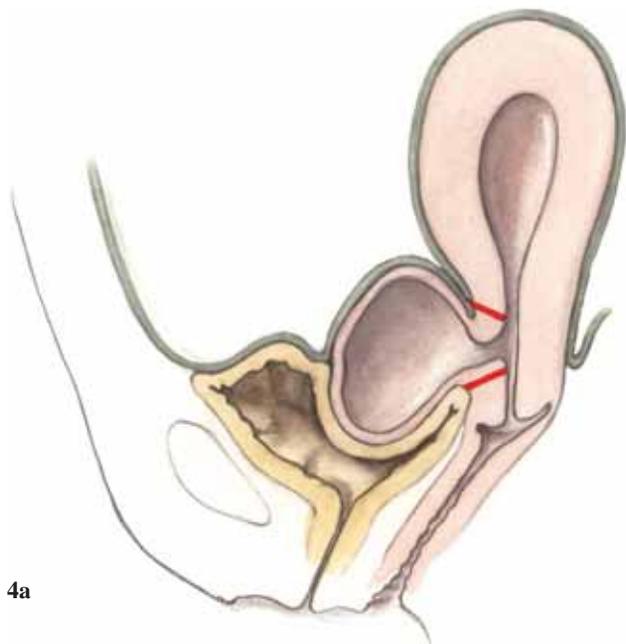
c) Die horizontale Schnittebene bezogen auf Abbildung 1b zeigt die seitliche Ausdehnung des Defektes (MRI).



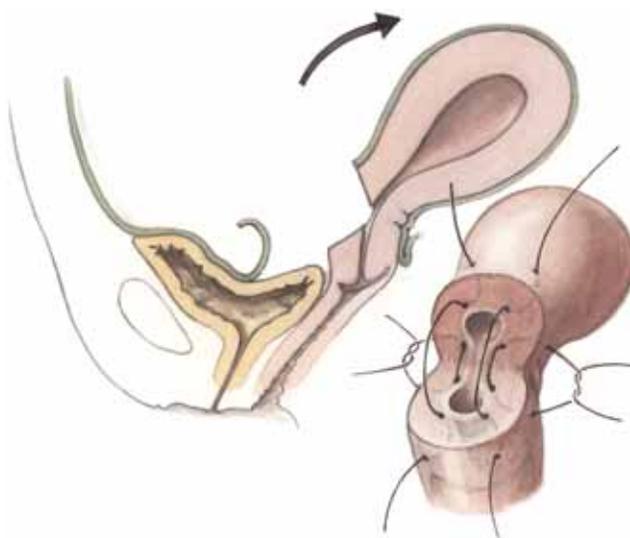
Abb. 2. Hysteroskopisches Bild der intrazervical gelegenen Sakkulation. Die dunkle Öffnung (Pfeil) verweist auf den inneren Muttermund. Die Sakkulation ist komplett narbig ausgekleidet.



Abb. 3. Laparoskopisches Bild des Pouches



4a



4b

Abb. 4a und b. Schematische Darstellung der anatomischen Verhältnisse und der entsprechenden Schnittführung (a). Dissektion der Sakkulation und die Darstellung der vorgelegten Nähte (b).

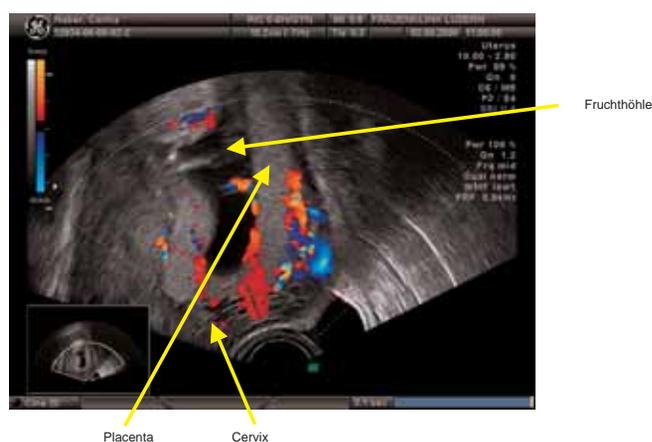


Abb. 5. Postoperatives Ergebnis  
Intakte Zervixwand bei transvaginaler Sonographie in der 12. SSW

erklären. Die sekundäre Sterilität lässt sich mit der bekannten Toxizität von Menstrualblut auf die Embryoimplantation erklären (Seristatidis C. et al. J. Obstet. Gynecol. Res. 2006; 32:162–170).

### Therapie

Die operative Behandlung bestand in der kompletten Exzision der narbigen Sakkulation. Dazu musste die Harnblase entsprechend distanziert werden. Auch bestätigte sich bei der Präparation, dass der Defekt nicht nur den ventralen Anteil der Zervix auseinandergedrängt hatte, sondern auch beidseits die seitliche Zervixwand (Abb. 1c). Am Ende der Präparation blieb deshalb lediglich ein Zervixwandanteil zwischen 4 und 8 Uhr intakt. Die Rekonstruktion erfolgte über eine einschichtige Nahtreihe. Zur Sicherung der Rekanalisierung des Uterus wurde für 72 h ein im Cavum geblockter Foley-Katheter belassen (Abb. 4a und b). Der postoperative Verlauf war unauffällig.

### Verlauf

Die Wundheilung erfolgte in allen Schichten primär und ungestört. Die erfolgreiche Zervixrekonstruktion wurde durch Ultraschall und MRI bestätigt (Abb. 5). Nach Absetzen der postoperativen Verhütungsmassnahmen über orale Kontrazeption für 3 Zyklen wurde Frau H. bereits im 4. Zyklus schwanger. Diese verläuft bis zum jetzigen Zeitpunkt (12. SSW) absolut problemlos.

### Kommentar

Die operative Therapie eines solchen „Cesarean delivery scar pouch“ reicht vom vaginalen über den laparoskopisch assistierten vaginalen Zugang bis hin zur Laparotomie bzw. der alleinigen Laparoskopie (Van Horenbeech, A. et al. Obstet. Gynecol. 2003; 102:1137–1139; Klemm, P. et al. J. Perinat. med. 2005; 33:324–331; Donnez, J. et al. Fertil. Steril. 2008; 89:974–980). Im Gegensatz zu den in der Literatur beschriebenen wenigen Fällen handelt es sich bei unserer Kasuistik um eine intrazervicale Sakkulation. Die seitliche Ausdehnung des Pouches beinhaltet deshalb nicht nur einen retrovesikalen Eingriff, sondern die Sakkulation musste auch gleichzeitig vom beidseitigen Parakolpium gelöst werden. Der initial intendierte laparoskopische Zugang wurde deshalb verworfen und die Operation per Laparotomie beendet.

**P. S. Videoclip zur Sakkulation über  
[www.frauenheilkunde-aktuell.ch](http://www.frauenheilkunde-aktuell.ch) abrufbar.**