

Ausschabung nach Fehlgeburt – die medizinische Seite

Nach wie vor wird diese Operation hierzulande als harmloser Routineeingriff verkauft. Auch in den gängigen Aufklärungsbögen (Diomed, Perimed) wird ein stark verharmlosendes Bild gezeichnet, wie schon der Vergleich dieser mit genaueren Beschreibungen in den entsprechenden Standardwerken zeigt.

Nebenbei bemerkt hat die Risikoforschung bewiesen, dass bei sog. „Routineeingriffen“ die meisten Fehler gemacht werden.

Studien zur Akzeptanz offenbaren eine klare Präferenz der Frauen für *expectant management* (konservative Therapie), mehr als zwei Drittel entscheiden sich dafür (vgl. Molnar AM et al.: *Patient preferences for management of first-trimester incomplete spontaneous abortion*. Journal of the American Board of Family Practice 2000 Sep-Oct; 13(5): 333-7; Wieringa-De Waard M et al.: *Patient preferences for expectant management vs surgical evacuation in first-trimester uncomplicated miscarriage*. Journal of Clinical Epidemiology 2004 Feb; 57(2): 167-73). Von den Frauen, die sich für eine Operation entscheiden, geben einige Sachzwänge an, die sie zu ihrer Wahl veranlasst haben.

Wer sich ein genaueres Bild vom Eingriff machen möchte: (vgl. Reiffenstuhl, Guenther: *Die vaginalen Operationen*, 2. Aufl. 1994, S.50ff; Uhl, Bernhard: *OP Manual Gynäkologie und Geburtshilfe*, 1. Aufl. 2004, S.315ff). Den Diomed-Aufklärungsbogen kann man sich als Muster nach Registrierung auf der Website der Firma besorgen, den Perimed-Bogen kann man sich frei aus dem Internet herunterladen. Beide Bögen unterscheiden sich erheblich voneinander. Jeder klärt auf, wie er gerade Lust hat, auf jeden Fall aber irreführend für die Patientin. Mehr zum Problem mit den Aufklärungsbögen im „rechtlichen Teil“.

Wegen der Risiken beschränkt das Royal College die zwingende Indikation für die chirurgische Behandlung auf folgende Fälle: wenn eine extrem starke und persistierende Blutung vorliegt, bei nachgewiesenen entzündlichen Geweberesten, bei instabilem Kreislauf und bei Verdacht auf Trophoblasterkrankung. Natürlich ist ein chirurgisches Vorgehen auch dann geboten, wenn die Betroffene dies wünscht. (RCOG Guideline No.25/2006 S.6 Nr. 7.3)

I. Die Operation

Der Uterus, der aussieht wie eine „kopfstehende Birne“ (s. z.B. Abbildung in Wikipedia), wird vom Gebärmutterhalskanal mit dem äußeren und dem inneren Muttermund vor aufsteigenden Infektionen geschützt. Der innere Muttermund ist bei einer Nullipara (eine Frau, die noch nicht geboren hat) 2-3 mm eng.

Damit Instrumente in die Gebärmutterhöhle eingeführt werden können, muss der Zervikalkanal mit äußerem und innerem Muttermund aufgedehnt werden. Das Gefahrenpotential dieser Aktion hängt auch wesentlich von der Operationsmethode ab. Der Eingriff kann relativ sicher sein, wenn die wesentlich schonendere Vakuumaspiration angewandt wird und der Operateur viel Erfahrung hat. Dies ist aber in der Bundesrepublik häufig nicht der Fall. Dazu Näheres unter dem Punkt *Zervixinsuffizienz*.

Das Gewebe wird dann, je nach Methode, abgesaugt oder mit einer Metallkürette ausgekratzt, was eine entsprechende Wunde hinterlässt. Vorher muss der äußere Muttermund angehakt und stark nach vorne gezogen werden. Der Zug muss während des Eingriffs unbedingt aufrechterhalten werden, da es sonst zur Perforation der Gebärmutter

kommt. Diese ist nämlich doppelt „geknickt“, was leicht zur Durchstoßung der Gebärmutterwand führen kann.

Eine zweite große Gefahr rührt daher, dass das Gewebe in der Schwangerschaft stark aufgelockert ist. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Perforation der Uteruswand einschließlich der Verletzung von Nachbarorganen (Reiffenstuhl S.54 Nr.5: „Selbst dem geübtesten Operateur kann ein solches Missgeschick passieren, das ist kein Kunstfehler!“). Darüberhinaus erhöht sich in der Schwangerschaft wegen des aufgelockerten Gewebes die Verletzungsgefahr für das Endometrium (zu tiefe Ausschabung), also die Gefahr am so genannten Asherman-Syndrom zu erkranken, das u.a. zu Sterilität führen kann und viel häufiger ist, als von deutschen Ärzten zugegeben.

II. Die möglichen Folgen

1. Die unmittelbaren Risiken

Diese sind zunächst die üblichen **Narkoserisiken** sowie die in der Schwangerschaft ohnehin schon erhöhte **Thrombose- und Emboliegefahr**, darüber hinaus u.U. Ansteckungsgefahren durch Verabreichung von Blutkonserven.

Sodann (**schwere**) **Blutungskomplikationen** und die **Infektionsgefahr**, also genau die Gefahren, die mit einer Operation eigentlich laut Ärzten vermieden werden soll. Dies ist nicht weiter verwunderlich, denn: Vaginale Operationen sind per se kontaminiert, da aufgrund der physiologischen Gegebenheiten die Scheide nur schlecht, der Zervixkanal überhaupt nicht desinfiziert werden kann, dies bei einem Eingriff am verkeimtesten Ort des ganzen Körpers.

Perforationen der Gebärmutterwand können im schlimmsten Fall zum Verlust der Gebärmutter führen (1: 10 000). Sie können einen großen Eingriff mit Laparoskopie oder Laparotomie erforderlich machen. Bei Verletzung von Nachbarorganen sind der Phantasie keine Grenzen gesetzt, sogar Verletzungen des Magens sind möglich.

Durch zu schnelle Aufdehnung des Zervixkanals können **Zervixrisse** entstehen mit späteren **Stenosen** und **Hämatometra** (schmerzhafter Blutstau mit notwendiger Nachoperation) und dadurch ausgelösten Blutungen oder Empfängnisstörungen.

2. Die Spätfolgen

Da die Plazenta Hormone produziert, führt deren abrupte Entfernung häufig zu **Zyklusstörungen**. Dies ist v.a. misslich, wenn die Frau schnell wieder schwanger werden will. Das Desinfektionsmittel bringt das Scheidenmilieu durcheinander und erhöht die Anfälligkeit für Infektionen. Ferner wird auch von entzündlichen Veränderungen im Unterbauch und dadurch bedingten (chronische) **Unterbauchschmerzen** und **Lageveränderungen** der Gebärmutter berichtet, sowie **Dispareunie** (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr).

Asherman-Syndrom und andere Folgen, die sich aus einer Traumatisierung der Gebärmutter Schleimhaut ergeben.

Hierbei handelt es sich um die von deutschen Gynäkologen **am meisten verleugnete** und heruntergespielte Operationsfolge. Viele Frauen berichten, von ihrem Arzt „belächelt“ worden zu sein, als sie dieses Thema ansprachen.

Das Krankheitsbild umfasst sowohl Verwachsungen und Verklebungen (Adhäsionen/Synechien) der Uterushöhle unterschiedlicher Schweregrade (die Uterushöhle ist ein dünner kleiner Spalt!) sowie eine kontinuierlich zu dünne und schlecht aufgebaute, „sklerotische“ Gebärmutter Schleimhaut. Letztere kann zu unbehandelbarer Sterilität führen, wie Shufaro et al. berichten. Sie sind der Meinung, dass Schwangerschaftsabbrüche nur medikamentös vorgenommen werden sollten. (Berman JM: *Intrauterine adhesions*. *Seminars in Reproductive Medicine* 2008 Jul; 26(4): 349-55 // Shufaro Y et al.: *Thin unresponsive endometrium – a possible complication of surgical curettage compromising ART outcome*. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 2008 Aug; 25(8): 421-5; E-pub, Volltext frei).

Anders als behauptet ist das Krankheitsbild nicht selten, vielmehr gibt es eine hohe Dunkelziffer. Es ist nur mittels Hysteroskopie diagnostizierbar, also mittels eines belastenden operativen Eingriffs. Schon 1982 weisen Schenker et al. darauf hin, dass die hohe Inzidenz dieses Krankheitsbildes in Israel damit zusammenhängen könnte, dass dort intensiv danach gesucht wird (Schenker JG, Margoloth EJ: *Intrauterine adhaesions: an updated appraisal*. *Fertility and Sterility* 37 (1982): 593-610/S. 553).

Überdies äußert sich die Krankheit nicht immer, wie von hiesigen Gynäkologen immer noch behauptet, durch Ausbleiben der Menstruation, sondern auch durch Nachlassen der Blutungsstärke oder sogar einzig dadurch, dass die Frau nicht mehr schwanger wird, wobei die Periode ganz normal ist. So schließt auch Berman: „**The true incidence is unknown**“.

Die **neueste Studie** fand bei Kontrollhysteroskopien nach Kürettagen bei **37,6 %** der Patientinnen Verwachsungen, davon waren 56,1 % der Stufe I, 34,1 % der Stufe II und 9,8 % der Stufe III zuzuordnen. Bei dieser Studie ergab sich **keine** Korrelation der Schwere der Verwachsungen mit der Zahl vorangegangener Eingriffe, also kann bereits die erste Ausschabung erheblichen Schaden anrichten, (Salzani A et al.: *Prevalence of uterine synechiae after abortion evacuation curettage*. *Sao Paulo Medical Journal* 2007 Sep 6; 125(5): 261-4/ Volltext frei).

Dennoch kann man wohl davon ausgehen, dass mehrere Kürettagen die Gefahr, am Asherman-Syndrom zu erkranken, erhöhen, hier steigt das Risiko auf das 12-fache, Synechien der Schweregrade II-VI zu erleiden. Schenker et al. fanden bei 68 % der Sterilitätspatientinnen mit zwei oder mehreren Kürettagen Synechien vor. Die Einteilung der Stufengrade finden Sie auf www.asherman.de, dort finden sich auch weiterführende Informationen und Erfahrungsberichte von Betroffenen. Allerdings scheint mir die Seite nicht mehr ganz aktuell zu sein, wenn ich sie mit den Artikeln von Berman und Salzani vergleiche.

Gefährlich sind darüberhinaus unerfahrene Operateure, da die Tiefe der Ausschabung schlecht eingeschätzt werden kann, wie Salzani et al. betonen. (Westendorp IC et al.: *Prevalence of Asherman's syndrome after secondary removal of placental remnants or a repeat curettage for incomplete abortion*. *Human Reproduction* 1998 Dec; 13(12): 3347-50 // Friedler S et al.: *Incidence of post-abortion intrauterine adhaesions evaluated by hysteroscopy – a prospective study*. *Human Reproduction* 1993 Mar; 8(3): 442-4 // Schenker JG et al. 1982 // Smid I, Bedö T: *Kürettagen im Wochenbett und ihre Spätfolgen*. *Zentralblatt für Gynäkologie* 100 (1978) 916-920).

Die Therapie ist schwierig, da nach dem Lösen von Synechien meist sofort neue entstehen, das Problem kann sich dann noch verschärfen. Erfolgreiche Behandlung ist möglich, erfordert mehrere operative Eingriffe in Spezialpraxen und der Erfolg hängt von der Schwere des Krankheitsbildes ab, aber auch davon, wie schnell nach Entstehung der Verwachsungen eingegriffen wird. Umso schlimmer, dass deutsche Gynäkologen durch ihre Schönfärberei die Patientinnen von einer rechtzeitigen Behandlung abhalten.

Die Schwangerschaftsraten nach einer Behandlung der intrauterinen Synechien (falls eine Behandlung möglich ist) liegen bei 50 – 60 %, die Lebendgeburtenrate bei ca. 40 – 50 %. Diese Schwangerschaften sind „Hochrisikoschwangerschaften“ (Uterusruptur!). (Thomson AJ et al.: *The management of intrauterine synechiae*. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2009 Aug; 21(4): 335-41).

Während man dieses Krankheitsbild in anderen Ländern sehr ernst nimmt, herrscht bei uns große Sorglosigkeit bezüglich der reproduktiven Gesundheit der Patientinnen. In den meisten westlichen Ländern ist es längst eine Selbstverständlichkeit, dass die weniger invasive Vakuumaspiration zur Anwendung kommt und die Indikation für die Operation sehr zurückhaltend gehandhabt wird (Forna F et al. 2001). In Deutschland wird munter weiter mit Metall herumgekratzt, ausgeschabt wird „bis zum Muskelton“. Fragt man kritisch nach, wird abgewiegelt, man benutze ja eine „stumpfe“ Kürette. Ich wurde von den Ärzten, die ich darauf ansprach, regelrecht schwach angedet, das sei ja wohl wieder dieser Schwachsinn aus dem Internet.

Natürlich ist auch eine stumpfe Kürette scharfkantig, sie ist im Gegensatz zu einer scharfen nur nicht messerscharf geschliffen. Deshalb wird in *dem* Cochrane Review zum Thema Operationsmethoden auch nicht zwischen der Art des Metallinstruments unterschieden.

Vermutlich sind viele Frauen so naiv wie ich: Wer würde es bei solchen Folgen nicht für selbstverständlich halten, dass die schonendste Behandlungsform zur Anwendung kommt? Weit gefehlt! Die schweren Folgen seien ja ach so selten. Gut zu wissen: Für deutsche Gynäkologen ist die Patientin ein anonymes Massenwesen, wobei es auf die Einzelne nicht ankommt. Welchen Nutzen *die Patientin* von der Anwendung eines Metallinstruments hat, bleibt das Geheimnis der Ärzte. Die Wahrheit ist wohl deren Trägheit, sie haben schlicht keine Lust, eine „neue“ Operationstechnik zu lernen.

(Forna F et al. 2001 a.a.O. // RCOG statement on the paper on termination of pregnancy and birth outcomes published in BJOG, 16.09.2009, Campaigning and opinions, homepage, frei herunterzuladen. // De Vries et al. : *Predictive value of sonographic examination to visualize retained placenta directly after birth at 16 to 28 weeks*. *Journal of Ultrasound in Medicine* 2000 Jan; 19(1): 7-12; quiz 13-4).

Zur Gefährlichkeit von Kürettagen muss noch bemerkt werden: Individuelle Disposition der Patientinnen spielt bei der Entstehung der Schäden an der Gebärmutter Schleimhaut mit eine Rolle. Es ist nicht vorhersagbar, welche Frauen es treffen wird (Schenker et al. 1982 // Salzani et al. 2007 m.w.N.). Auch dies wird den Patientinnen grundsätzlich verschwiegen.

Weitere Krankheitsbilder, die mit Schäden am Endometrium zusammenhängen:

Extrauterin gravidität:

Findet die Blastozyste am vorgesehenen Ort in der Gebärmutterhöhle schlechte Bedingungen vor, wandert sie weiter. Meist nistet sie sich im Eileiter ein, was sehr gefährlich werden kann, wenn dieser platzt und dadurch schwere Blutungen ausgelöst werden.

Plazentaanomalien

Plazenta praevia:

1 Fall auf 200 Geburten

Sterblichkeit der Mutter beträgt 1 %, die des Kindes 10 %

Die Plazenta bildet sich aufgrund der Verwachsungen am falschen Ort. Dies führt häufig zur Verlegung der Geburtswege. Für die Mutter ergibt sich eine Gefährdung durch Blutungen während des 2. und 3. Trimenons und während der Nachgeburtsphase. Die Lösungsstörungen der Plazenta können zu lebensbedrohlichen Blutungskomplikationen führen.

Das Kind ist gefährdet durch Plazentainsuffizienz, Zotteneinrisse und Verbluten durch Einreißen abnorm liegender Gefäße. Das Kind bleibt auch nach der Geburt aufgrund der Mangelversorgung ein Risikokind.

Plazenta accreta, increta und percreta:

Die Plazenta wächst zu tief ein oder durch die Gebärmutterwand hindurch mit anderen Organen zusammen, je nach Stärke der Schädigung des Endometriums. Es kommt zu besagten Blutungskomplikationen in der Nachgeburtsphase, manchmal muss die Gebärmutter entfernt werden.

Zervixinsuffizienz

Sie ist für geschätzte 8-15 % der Spätaborte verantwortlich. Typisch für Zervixinsuffizienz sind auch besonders unreife Frühchen.

Wie eingangs beschrieben, muss der Zervixkanal vor Einführen der Instrumente aufgedehnt werden. Dies wird mit so genannten Dilatatoren bewerkstelligt. In Deutschland sind Hegarstifte üblich (kann man sich auf Wikipedia ansehen, wird kritisiert, weil diese in der Größe zu schnell ansteigen).

Der innere Muttermund besteht aus Kollagenfasern und bildet den Halteapparat für das Kind. Außerdem schützt er vor aufsteigenden Infektionen. Die Fehl – oder Frühgeburt oder die vorzeitigen Wehen werden dann meistens von einer Infektion der Amnionhöhle ausgelöst.

Kollagenfasern sind kaum dehnbar, bei zu schneller und/oder zu weiter Aufdehnung kommt es zu „stillen“ Zervixrupturen und einer Sprengung des inneren Muttermundes.

Es gibt zwei Möglichkeiten, dies zu vermeiden: Statt Dilatation und Kürettage (Ausschabung mit einer Metallkürette) wird das Gewebe abgesaugt (Vakuumaspiration). Wegen der hohen Perforationsgefahr des schwangeren Uterus muss bei Verwendung einer Metallkürette das größte Instrument benutzt werden, entsprechend weit muss der innere Muttermund aufgedehnt werden. Hingegen kann bei Vakuumaspiration eine Kanüle entsprechend dem Schwangerschaftsalter oder darunter benutzt werden. So kann die Dehnung ganz entfallen bzw. im weniger gefährlichen Bereich gehalten werden. Laut Studien erhöht sich die Gefahr von Schäden bei Hegarweiten größer 9 ganz erheblich, noch gefährlicher wird es bei Aufdehnung über Hegar 12 hinaus. D.h., bei Benutzung einer Metallkürette muss immer bis weit in den gefährlichen Bereich hinein aufgedehnt werden (bis ca. Hegar 15).

Die andere Möglichkeit, die Kollagenstrukturen zu schützen, besteht in der chemischen Aufdehnung des Gewebes mit Hilfe von Prostaglandinen (Zervixpriming).

Die Autoren einer Studie zur Zervixinsuffizienz an der Wiener Universitätsklinik erklären, die Vakuumaspiration ohne Aufdehnung **bereits seit 1977** zu praktizieren. Auch empfahlen sie damals schon die Vorbehandlung mit Prostaglandinen. Sie sind von Ihren Untersuchungsergebnissen alarmiert (*Grünberger W, Riss P: Isthmozervikale Insuffizienz nach vorangegangener Zervixdilatation und Kürettage. Wiener Medizinische Wochenschrift Nr. 14/1979, S.390-392 // Molin A: Risk of damage to the cervix by dilatation for first-trimester induced abortion by suction aspiration. Gynecologic and Obstetric Investigation 1993; 35, 152-4 // Allen RH et al.: Cervical dilation before first-trimester surgical abortion (<14 weeks gestation). Contraception 2007 Aug; 76(2): 139-56 // Ehrig E, Schott G: Empfehlungen zur Interruptiotechnik Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 75 (1981), 305-308*).

Ich konfrontierte Ärzte mit den Ergebnissen meiner Recherchen und erntete ein Schulterzucken. Zervixinsuffizienz sei ja so selten.

Alles nicht so schlimm? Tatsache ist, dass umfangreiche Leitlinien erarbeitet wurden, über viele Seiten beschäftigen sie sich ausschließlich mit der Frage, ob und wie die Aufdehnung vorzunehmen sei (Allen RH et al. 2007). Dass diese Studien unternommen werden, wird vermutlich nicht daran liegen, dass man Zeit totzuschlagen hat oder zu viele finanzielle Mittel vorhanden sind.

Schadensträchtige Operationsmethoden sind in Deutschland noch weit verbreitet, wie auch die Äußerungen des Sachverständigen im beiliegenden Gutachten zeigen.

Öffentlicher Druck sollte eingesetzt werden, dass die Vorgaben des Royal College Anwendung finden und dass endlich zivilisierte Operationsmethoden flächendeckend zur Verfügung stehen, damit die Frauen, die einen Eingriff benötigen oder wollen, vor unnötigen Schäden bewahrt werden.

In den westlichen Bundesländern wird auch bei Schwangerschaftsabbrüchen immer noch des Öfteren mit konventioneller Kürettage vorgegangen.

Seit der Einführung der Fallpauschalen sind die Begehrlichkeiten, solche Operationen weiter durchzuführen, noch gewachsen. Als über die „Kopfprämie“ diskutiert wurde, meinten einige, auf dem Medizinsektor würden zunehmend „Keilermethoden“ um sich greifen. Dem ist in punkto Kürettagen nichts hinzuzufügen.

Zur Zervixinsuffizienz ist noch zu bemerken: Dies mag kein Massenphänomen sein, die Folgen sind jedoch so schwer, dass es eine Selbstverständlichkeit sein sollte, jeden einzelnen Fall zu vermeiden, so es nur irgend geht.

Was Frauen durchmachen, die davon betroffen sind, davon zeichnet z.B. die Dissertation von Astrid Schmidt ein eindrucksvolles Bild. ([Astrid Schmidt: Frühzeitiger Totaler Muttermundverschluss und Notcerclage – Analyse von zwei operativen Verfahren zur Verhinderung von habituellen Spätaborten und chancenarmen Frühgeburten.](#)“ Diss., Volltext frei).

Was es bedeutet, ein unreifes Frühgeborenes zu betreuen, lässt sich in dem Zeit-Artikel von Susanne Kailitz nachlesen: ([S. Kailitz, Ich hatte nur noch Angst, DZ, 24.06.2010](#)). So weist auch ein Beitrag in einer Fachzeitschrift darauf hin, dass Angst eine „grausame Noxe“ sei, ([Dr. Gerda Enderer-Steinfurt, Gynäkologie und Geburtshilfe 6/2009, S.3](#)).

Therapie gibt es eigentlich keine. Früher pflegte man eine so genannte Cerclage (der innere Muttermund wird operativ verschlossen) zu legen. Das bedeutet einen operativen Eingriff mit Vollnarkose und Einsatz von Medikamenten, v.a. Antibiotika in der Schwangerschaft. Diese Operation ist höchst umstritten, heute werden nur noch Notcerclagen gelegt, da dieser Eingriff selbst Fehlgeburten auslösen kann. Alternativ muss die Schwangere wochenlang liegen, dies bei erhöhter Thrombosegefahr.

Die Indikation zur Kürettage sollte künftig sehr streng gehandhabt werden.

Davon gibt es eine Ausnahme: Bei Verdacht auf Plazentaresten nach einer Geburt sollte sofort ausgeschabt werden, da die Gebärmutterhöhle noch von einer dicken Deziduaschicht geschützt ist. Im Gegensatz dazu ist die Ausschabung wegen des Östrogenabfalls ab der 2. Woche nach der Geburt besonders gefährlich für das Endometrium (die Regenerationsfähigkeit hängt vom Östrogen ab).

Patientinnen müssen künftig in vollem Umfang aufgeklärt werden, damit sie eine eigenständige Entscheidung treffen können, welche Risiken sie bereit sind einzugehen.