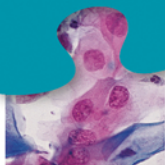


# Fallbuch Gynäkologie und Geburtshilfe

Claudia Pedain  
Julio Herrero Garcia

3., unveränderte Auflage

85 Fälle



Thieme





# Fallbuch Gynäkologie und Geburtshilfe

Claudia Pedain  
Julio Herrero Garcia

3., unveränderte Auflage

III

Georg Thieme Verlag  
Stuttgart · New York

Dr. med. Claudia Pedain  
 Consultorios Clinica Sagrada Familia  
 Consulta 3.2  
 C/Torras i Pujalt 11–29  
 08022 Barcelona  
 Spanien  
 claudia\_pedain@yahoo.de

Dr. med. Julio Herrero Garcia  
 Profesor asociado de la Universidad Autónoma de  
 Barcelona  
 Hospital Universitari Materno-Infantil Vall d'Hebron  
 P/Vall d'Hebron 119–129  
 08035 Barcelona

*Bibliografische Information  
 der Deutschen Nationalbibliothek*

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese  
 Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; de-  
 taillierte bibliografische Daten sind im Internet über  
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage 2003
2. Auflage 2012

© 2017 Georg Thieme Verlag KG  
 Rüdigerstraße 14  
 70469 Stuttgart  
 Telefon: +49/(0)711/8931-0  
 Unsere Homepage: [www.thieme.de](http://www.thieme.de)

Printed in Germany

Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe  
 Umschlagfoto: Tobias Oexle, Stuttgart  
 Grafikbearbeitung: Andrea Schnitzler, Innsbruck  
 Satz: primustype R. Hurler GmbH, Notzingen  
 gesetzt aus UltraXML  
 Druck: Westermann Druck Zwickau GmbH, Zwickau

ISBN 978-3-13-241557-7  
 Auch erhältlich als E-Book:  
 eISBN (PDF) 978-13-241558-4

1 2 3 4 5 6

**Wichtiger Hinweis:** Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden **nicht** besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

# Vorwort

Die 85 Fallbeispiele fassen die wichtigsten gynäkologischen Krankheitsbilder und geburts-hilflichen Situationen aus dem Praxisalltag zusammen, auch die gynäkologische Onkologie, Endokrinologie und Reproduktionsmedizin finden sich in den Fallbeispielen vertreten. Um diese Situationen möglichst realistisch dar-zustellen, sind die einleitenden Krankheitsge-schichten so formuliert, wie sie vielleicht die Patientin erzählen würde, was die Kranken-schwester berichten würde, die mitten in der Nacht den diensthabenden Arzt weckt oder was der Oberarzt sagt, der Anweisungen im Klinikjargon gibt. Wie in der Praxis müssen Untersuchungsergebnisse – Laborwerte, Ultra-schallbilder, Kardiotokogramme – bewertet und zur Diagnosefindung oder Therapieent-scheidung herangezogen werden. Unser Ziel war es, einen Fragenkatalog zu konzipieren, der nicht nur Wissen vermitteln soll, um eine mündliche Prüfung zu bestehen, sondern der auch bei den ersten Schritten im Praxisalltag hilfreich ist und mit dem fallorientiert Themen bearbeitet werden können. Aus diesem Grunde haben wir – auf den ersten Blick vielleicht „leicht“ anmutende – Fallgeschichten wie die Erstverschreibung eines oralen Antikonzepti-vums, die „ganz normale“ Schwangerenvor-sorge oder aber der Wunsch nach einer Krebs-vorsorge (das tägliche Brot des niedergelasse-nen Facharztes für Gynäkologie und Geburts-hilfe) mit in das Buch aufgenommen. Auch die „klassischen“ gynäkologischen Notfallsituatio-nen finden sich natürlich als Fallbeispiele wie-der: Was ist zu tun bei einem Notfallkaiserschnitt? Welche Primärmaßnahmen müssen bei einer kreislaufinstabilen Patientin mit po-sitivem Schwangerschaftstest und sonogra-fisch leerem Cavum uteri veranlasst werden? Da für das diagnostische und therapeutische Vorgehen der hier vorgestellten Erkrankungs-

bilder oftmals mehrere Optionen existieren, haben wir uns bei der Beantwortung der Fra-gen und in den Kommentaren auf die Leitlinien und Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe bezogen. Bei den onkologischen Fallbeispielen haben wir bewusst davon abgesehen, nach spezifischen Behandlungsstrategien zu fragen, da wir die Erfahrung gemacht haben, dass bei Druck eines Lehrbuches der bis dahin gültige „Goldstan-dard“ aufgrund neuer Studienergebnisse oft-mals bereits modifiziert werden muss. Dem interessierten Leser sei für diese speziellen Fra-gstellungen weiterführende Fachliteratur empfohlen. Das Studium der Fachliteratur möchten wir unseren Lesern auch aus einem weiteren Grund ans Herz legen: Bei dem vor-liegenden Buch handelt es sich um eine Fragen-sammlung, die es ermöglichen soll, sich mit dem bereits erlernten Grundwissen kritisch auseinanderzusetzen und dieses zu vertiefen. Ein Lehrbuch kann und soll dieses Buch nicht ersetzen.

Abschließend möchten wir uns bei den Mit-arbeitern des Thieme Verlages für die hervor-ragende Zusammenarbeit bedanken, insbeson-dere bei Frau Dr. med. Petra Fode und bei Frau Dr. med. Eva Stangler-Alpers. Bedanken möch-ten wir uns auch ganz herzlich bei Professor Karsten Münstedt und Professor Burkhard Schauf, den ehemaligen Kollegen aus dem Uni-klitorium Giessen, die immer ein offenes Ohr hatten und mit Informationen ausgeholfen ha-ben. Zuletzt möchten wir allen Lesern viel Er-folg bei ihren Prüfungen wünschen. Kritik und Verbesserungsvorschläge sind uns immer will-kommen.

Alella (Barcelona)  
im Januar 2017

Claudia Pedain  
Julio Herrero Garcia

# Inhaltsverzeichnis

## nach Fällen

Fall	Seite	Beschreibung
1	2	32-jährige Patientin mit Anämie und Hypermenorrhö
2	3	Patientin mit papillären Tumoren im Genitalbereich
3	4	22-jährige Patientin mit rechtsseitigem Unterbauchschmerz
4	5	29-jährige II. Gravida/I. Para am ET-1 unter der Geburt
5	6	57-jährige Patientin mit Postmenopausenblutung
6	7	38-jährige I. Gravida/Nullipara in der 12 + 4 SSW bei Z. n. IVF
7	8	68-jährige Patientin mit „Druckgefühl nach unten“ und Harnverhalt
8	9	Patientin mit vaginaler Blutung und positivem Schwangerschaftstest
9	10	Patientin mit schmerzhafter Schwellung im Bereich der rechten Labie
10	11	55-jährige Patientin mit suspektem Tastbefund in der rechten Mamma
11	12	35-jährige Wöchnerin mit Fieber und vermindertem Wochenfluss
12	13	Drittgebärende mit regelmäßiger Wehentätigkeit und Beckenendlage
13	14	28-jährige Patientin mit übelriechendem Fluor
14	15	35-jährige Patientin mit prämenstruellen Schmerzen in beiden Brüsten
15	16	Patientin in der 29. SSW mit vorzeitiger Wehentätigkeit
16	17	22-jährige Patientin mit sekundärer Amenorrhö

! = Schwieriger Fall

17	18	38-jährige schwangere Patientin mit Wunsch nach pränataler Diagnostik
18	19	Schwangere in der 36. SSW mit Geminigravidität
19	20	Vorsorgeuntersuchung bei einer 42-jährigen, gesunden Patientin
20	21	Patientin mit Ulkus im Bereich der Vulva
21	22	Patientin mit Pruritus vulvae
22	23	14-jährige Patientin mit Wunsch nach Verhütung
23	24	Schwangere Patientin mit Gestationsdiabetes und Geburtsbeginn
24	25	49-jährige Patientin mit Hitzewallungen und Zyklusverlängerung
25	26	28-jährige schwangere Patientin mit Hypertonie, Proteinurie und Ödemen
26	27	36-jährige Patientin mit akutem Abdomen
27	28	Wöchnerin mit Fieber und Unterbauchschmerz am 3. postpartalen Tag
28	29	40-jährige und 25-jährige Patientin mit Kontaktblutung
29	30	2 Patientinnen mit Zustand nach Mammakarzinom
30	31	31-jährige II. Gravida/I. Para am ET + 3
31	32	19-jährige Patientin mit sekundärer Amenorrhö und Galaktorrhö
32	33	25-jährige Patientin in der 9. SSW mit Diabetes mellitus Typ I
33	34	28-jährige schwangere Patientin mit Kopfschmerzen und Augenflimmern
34	35	28-jährige I. Gravida/Nullipara in der 12 + 5 SSW
35	36	60-jährige Patientin mit imperativem Harndrang und Hyperurikämie
36	37	Patientin mit pathologischer Schenkelhalsfraktur bei Mammakarzinom
37	38	Patientin mit sekundärer Dysmenorrhö und Sterilität
38	39	25-jährige Patientin mit vaginalem Pruritus und Fluor
39	40	Patientin in der 23. SSW mit Oligohydramnion
40	41	33-jährige I. Gravida/Nullipara in der 42. SSW
41	42	32-jährige Patientin mit Zervixkarzinom
42	43	Wöchnerin mit Schmerzen in der rechten Mamma und Fieber



43	44	Patientin (30. SSW) mit akutem Unterbauchschmerz und vaginaler Blutung
44	45	17-jährige Patientin mit primärer Amenorrhö
45	46	55-jährige Patientin mit Zunahme des Leibesumfangs
46	47	IV. Gravida/IV. Para mit verstärkter Blutung in der Nachgeburtsperiode
47	48	36-jährige Patientin mit unerfülltem Kinderwunsch
48	49	20-jährige Patientin mit akuten Unterbauchschmerzen
49	50	Schwangere in der 19. SSW mit vaginalem Flüssigkeitsabgang
50	51	Wöchnerin mit starker vaginaler Blutung am 1. postpartalen Tag
51	52	Schwangere mit Bläschen und Ulzera im Genitalbereich
!	52	Patientin mit klimakterischen Beschwerden: Hormontherapie
53	54	26-jährige und 60-jährige Patientin mit Ovarialzyste
54	55	Schwangere in der 37. SSW mit regelmäßiger Wehentätigkeit und Lageanomalie
55	56	47-jährige Patientin mit druckschmerzhaftem Befund der rechten Mamma
56	57	28-jährige I. Gravida/Nullipara mit protrahiertem Geburtsverlauf
57	58	28-jährige Patientin mit rezidivierendem Pap IIID, histologisch CIN III
58	59	19-jährige Patientin nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr
59	60	Patientin in der 34. SSW mit intrauteriner Wachstumsrestriktion
60	61	Neugeborenes nach Spontanpartus
61	62	46-jährige Patientin mit überperiodenstarker Blutung
62	63	Patientin in der 36. SSW bei Z. n. Myomenukleation
63	64	14-jährige Patientin mit Pubertas tarda
64	65	19-jährige Patientin mit Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch
!	65	30-jährige Patientin mit unerfülltem Kinderwunsch
66	67	33-jährige Schwangere mit Rötelnkontakt in der 8. SSW
67	68	35-jährige Patientin mit therapieresistenter Candidiasis
68	69	Maßnahmen im unkomplizierten Wochenbett

69	70	Postmenopausale Patientin mit Pruritus vulvae und Verengung des Introitus
70	71	29-jährige schwangere Patientin mit rechtsseitigem Oberbauchschmerz
71	72	35-jährige Patientin mit unwillkürlichem Urinverlust
72	73	36-jährige Patientin mit Ovarialkarzinom im Frühstadium
73	74	25-jährige Patientin mit Unterbauchschmerzen nach IUP-Einlage
74	75	32-jährige III. Gravida/Nullipara mit vaginaler Blutung
75	76	Schwangere unter der Geburt mit Dezelerationen in der Eröffnungsperiode
76	77	Patientin in der 30. SSW mit Glukosurie und fetaler Makrosomie
77	78	Patientin mit Pollakisurie und Fluor nach Geschlechtsverkehr
78	79	38-jährige Patientin mit starker Kontaktblutung
79	80	34-jährige III. Gravida/II. Para in der 32 + 3 SSW
80	81	Patientin mit postmenopausaler Blutung und Tumor im Adnexegebiet
81	82	Beurteilung von Plazenta und Nabelschnur
82	83	35-jährige Patientin in der 27. SSW mit positivem Toxoplasmosetiter
83	84	30-jährige schwangere Patientin mit vaginalen Blutungen
84	85	2 Patientinnen mit Wunsch zum Wechsel der bisherigen Verhütungsmethoden
85	86	Patientin mit vaginaler Blutung und Knötchen in der Vaginalwand
Anhang	223	

# Inhaltsverzeichnis

## nach Themen

### Entzündliche Erkrankungen

Fall 3 S. 4	Fall 38 S. 39	Fall 55 S. 56	Fall 73 S. 74
Fall 9 S. 10	Fall 48 S. 49		

### Sexuell übertragbare Erkrankungen

Fall 13 S. 14	Fall 51 S. 52	Fall 67 S. 68	Fall 77 S. 78
Fall 20 S. 21			

### Gutartige Tumoren und tumorartige Läsionen

Fall 1 S. 2	Fall 14 S. 15	Fall 37 S. 38	Fall 61 S. 62
Fall 2 S. 3	Fall 28 S. 29	Fall 53 S. 54	Fall 69 S. 70

### Maligne Tumoren

Fall 5 S. 6	Fall 29 S. 30	Fall 45 S. 46	Fall 78 S. 79
Fall 10 S. 11	Fall 36 S. 37	Fall 57 S. 58	Fall 80 S. 81
Fall 19 S. 20	Fall 41 S. 42	Fall 72 S. 73	Fall 85 S. 86
Fall 21 S. 22			

### Familienplanung

Fall 22 S. 23	Fall 58 S. 59	Fall 65 S. 66	Fall 84 S. 85
Fall 47 S. 48			

### Schwangerschaft – Ärztliche Betreuung, Störungen

Fall 6 S. 7	Fall 26 S. 27	Fall 49 S. 50	Fall 74 S. 75
Fall 8 S. 9	Fall 32 S. 33	Fall 59 S. 60	Fall 76 S. 77
Fall 15 S. 16	Fall 34 S. 35	Fall 64 S. 65	Fall 79 S. 80
Fall 17 S. 18	Fall 39 S. 40	Fall 66 S. 67	Fall 82 S. 83
Fall 25 S. 26			

## Notfälle in der Schwangerschaft

Fall 33 S. 34

Fall 43 S. 44

Fall 70 S. 71

Fall 83 S. 84

## Geburt

Fall 4 S. 5

Fall 12 S. 13

Fall 18 S. 19

Fall 23 S. 24

Fall 30 S. 31

Fall 40 S. 41

Fall 46 S. 47

Fall 54 S. 55

Fall 56 S. 57

Fall 60 S. 61

Fall 62 S. 63

Fall 75 S. 76

Fall 81 S. 82

## Wochenbett

Fall 11 S. 12

Fall 27 S. 28

Fall 42 S. 43

Fall 50 S. 51

Fall 68 S. 69

## Lage-/Haltungsveränderungen der Organe im kleinen Becken/Inkontinenz

Fall 7 S. 8

Fall 35 S. 36

Fall 71 S. 72

## Klimakterium

Fall 24 S. 25

Fall 52 S. 53

## Störungen der endokrinen Ovarialfunktion

Fall 16 S. 17

Fall 31 S. 32

## Sexuelle Differenzierung und ihre Störungen

Fall 44 S. 45

Fall 63 S. 64

# Inhaltsverzeichnis

## Antworten und Kommentare

Fall	Seite	Beschreibung
1	88	Uterus myomatosus
2	89	Condylomata acuminata
3	90	Akute Adnexitis
4	92	Spontangeburt
5	94	Korpuskarzinom (Endometriumkarzinom)
6	96	Screening entsprechend den Mutterschaftsrichtlinien
7	98	Prolaps uteri mit Harnverhalt
8	99	Abortus completus/Extrauterin gravidität
9	101	Bartholinitis
10	102	Mammakarzinom
11	104	Lochialstau
12	105	Beckenendlage
13	107	Trichomonadenkolpitis kombiniert mit Aminkolpitis
14	108	Mastopathie
15	110	Vorzeitige Wehentätigkeit
16	112	PCO-Syndrom

17	114	Pränataldiagnostik
18	116	Entbindungsmodus bei Mehrlingsschwangerschaft
19	118	Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
20	119	Syphilis
21	120	Vulvakarzinom
22	122	Verordnung eines oralen Antikonzeptivums
23	123	Schulterdystokie bei Makrosomie des Kindes
24	125	Perimenopausale Beschwerden
25	127	Präeklampsie
26	129	Extrauterin gravidität
27	130	Endomyometritis
28	132	Zervixpolyp/Portioektomie
29	133	Nachsorge beim Mammakarzinom
30	135	Management der Übertragung
31	136	Hyperprolaktinämische Amenorrhö
32	138	Schwangerschaft und Diabetes mellitus Typ I
33	139	Eklamptischer Anfall
34	140	Beratung einer Schwangeren, Terminkorrektur, Schwangerenvorsorge
35	142	Urgeinkontinenz
36	143	Metastasiertes Mammakarzinom
37	145	Endometriose
38	146	Candida-Kolpitis
39	148	Oligo- und Polyhydramnion
40	149	Geburtseinleitung bei Übertragung/intrauterine Reanimation
41	151	Therapeutisches Vorgehen bei Zervixkarzinom (Kollumkarzinom)
42	153	Mastitis puerperalis

43	154	Vorzeitige Plazentalösung, intrauteriner Fruchttod
44	156	Differenzialdiagnostik der primären Amenorrhö
45	157	Fortgeschrittenes Ovarialkarzinom
46	159	Geburtsverletzungen und atonische Nachblutung
47	161	Primäre Sterilität
48	162	Akute Adnexitis
49	164	Vorzeitiger Blasensprung
50	165	Retention von Plazentaresten
51	167	Herpes genitalis
52	168	Hormontherapie
53	170	Funktionelle Ovarialzyste und zystischer Ovarialtumor
54	171	Querlage mit Nabelschnurvorfall
55	172	Nonpuerperale Mastitis
56	174	Sekundäre Wehenschwäche bei vorderem hohem Geradstand
57	175	Pathologischer Zervixabstrich
58	177	Postkoitale und längerfristige Schwangerschaftsverhütung
59	179	Plazentainsuffizienz
60	181	Erstversorgung des Neugeborenen
61	183	Follikelpersistenz mit Endometriumhyperplasie
62	185	Z. n. Myomenukleation und Placenta accreta
63	186	Ullrich-Turner-Syndrom
64	188	Schwangerschaftsabbruch
65	189	Ovarielles Hyperstimulationssyndrom
66	190	Rötelnembryopathie
67	192	HIV-Infektion
68	193	Ärztliche Betreuung einer Wöchnerin

69	194	Lichen sclerosus
70	196	HELLP-Syndrom
71	197	Stressharninkontinenz
72	199	Frühes Ovarialkarzinom und Kinderwunsch
73	200	Endometritis nach IUP-Einlage
74	201	Habituellem Abort
75	203	Dezelerationen in der Eröffnungsperiode, Vakuumextraktion
76	205	Gestationsdiabetes
77	207	Gonorrhö
78	209	Blutung bei Zervixkarzinom
79	210	Dokumentation der Schwangerenvorsorge, Biometrie, Mutterschutzrecht
80	212	Östrogenproduzierender Tumor des Ovars
81	213	Insertio velamentosa/singuläre Nabelschnurarterie
82	215	Toxoplasmose
83	216	Placenta praevia
84	218	Langzeitkontrazeption/natürliche und mechanische Methoden
85	220	Vaginalkarzinom





# Fälle



**1 32-jährige Patientin mit Anämie und Hypermenorrhö**

In Ihrer Sprechstunde stellt sich eine 32-jährige, auffällig blasse Patientin vor, die über Müdigkeit und Abgeschlagenheit klagt. Der Hausarzt hatte bereits ein kleines Blutbild veranlasst, der Hb-Wert liegt bei 8,9g/dl. Die Fragen zum Zyklus beantwortet die Patientin wie folgt: „In den ersten 2 Tagen der Periodenblutung muss ich fast alle 2 Stunden einen neuen Tampon verwenden, die

Periode dauert mittlerweile fast 8 Tage.“ Bei der vaginalen Tastuntersuchung tastet sich der Uterus vergrößert. Vaginalsonografisch können Sie einen glatt begrenzten, 5 cm großen, dem Uterus zugehörigen Befund mit homogener Binnenstruktur darstellen, der von der Echogenität her dem Myometrium entspricht.

**1.1 Wie lautet Ihre Verdachtsdiagnose? Können Sie aufgrund der Befunde schon eine Aussage zur vermutlichen Lokalisation machen?****1.2 Welche Operationsindikationen kennen Sie bei dieser Erkrankung? Ist speziell bei dieser Patientin eine Operation indiziert?****1.3 Welche Operationsverfahren und Zugangswege kennen Sie?****1.4 Wie würden Sie eine 52-jährige Patientin mit dem gleichen Krankheitsbild behandeln?**

## 2 Patientin mit papillären Tumoren im Genitalbereich

In Ihrer Praxis stellt sich eine 30-jährige Patientin vor, die über gelegentlichen Juckreiz im Vulvabereich und perianal klagt. Sie gibt an, dass sie sich bisher selbst mit einer Creme behandelt habe, die Beschwerden hätten sich jedoch nicht gebessert. Außerdem habe sie das Gefühl, es seien jetzt zahlreiche Knötchen im Bereich der Vulva und besonders auch des Anus aufgetreten. Bei der Untersuchung zeigt sich Ihnen folgendes Bild.



*Vulva der Patientin. aus: Neurath, M., Lohse, A., Checkliste Anamnese und klinische Untersuchung, 2. Auflage, Georg Thieme Verlag, 2006.*

### 2.1 Welche Diagnose stellen Sie?

### 2.2 Welche Differenzialdiagnosen – unabhängig vom Patientenalter – kennen Sie bei papillären Befunden in der Anogenitalregion?

### 2.3 Welche Behandlungsformen kommen generell bei der gesuchten Erkrankung in Frage?

### 2.4 Muss mit Rezidiven gerechnet werden und wenn ja, warum?

### 2.5 Wie würden Sie vorgehen, wenn eine schwangere Patientin am Geburtstermin mit dem gleichen Befund, regelmäßiger Wehentätigkeit und Muttermunderöffnung auf 4 cm in den Kreißsaal kommt?

**3 22-jährige Patientin mit rechtsseitigem Unterbauchschmerz**

Im Nachtdienst stellt sich bei Ihnen eine 22-jährige Patientin mit seit ca. 3 Stunden bestehenden, heftigen, „wehenartigen“ Schmerzen im rechten Unterbauch vor. Bei der Untersuchung ist das Abdomen gespannt und der gesamte Unterbauch

druckschmerzhaft. Bei der vaginalen Tastuntersuchung lässt sich ein deutlicher Portio-Schiebe-Lüftungsschmerz auslösen. Die Körpertemperatur liegt bei 37,7°C. Die letzte Periode war vor einer Woche.

**3.1 Wie lautet Ihre Verdachtsdiagnose?****3.2 Was ist die wichtigste Differenzialdiagnose?****3.3 Welche weiteren Ursachen müssen Sie bei jungen Patientinnen mit akuten Unterbauchschmerzen neben entzündlichen Erkrankungen generell in Betracht ziehen?****3.4 Welche Untersuchungen sind grundsätzlich bei jeder Patientin mit Unterbauchschmerzen notwendig? Welche Leitbefunde würden Sie jeweils bei Ihrer Verdachts- und der wichtigsten Differenzialdiagnose erwarten?****3.5 Würden Sie eine Laparoskopie/-tomie bei der Patientin in Betracht ziehen und wenn ja, unter welchen Bedingungen?**

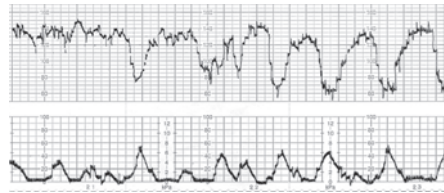
**4** 29-jährige II. Gravida/I. Para am ET-1 unter der Geburt

Sie haben gerade Ihre Zeit als Assistenzarzt begonnen und sind heute zum ersten Mal im Kreißaal eingesetzt. Die Klinik, in der Sie arbeiten, ist ärztlicherseits völlig unterbesetzt und man hat Sie ohne Einarbeitungsphase quasi „ins kalte Wasser“ geworfen. Ihr zuständiger Oberarzt hat Sie mit den Worten „Wenn was ist, ruf’ mich an!“ alleine zurückgelassen. Während Sie noch hoffen, es möge nichts passieren, werden Sie bereits in ei-

nem der Kreißsäle verlangt: „Kommen Sie doch bitte zur Geburt!“ Beim Betreten des Kreißsaals werden Sie von der Hebamme informiert: 29-jährige II. Gravida, I. Para am ET-1, Kind in I. Schädel-lage, Schätzwicht 3500 g, keine bekannten Schwangerschaftsrisiken. Ein Blick auf die Gebärende, die gerade eine Wehe hat, zeigt Ihnen, dass der kindliche Kopf bereits in der Vulva sichtbar ist, in der Wehenpause allerdings zurücksinkt.

**4.1** Wer hat nach Ihrem Eintreffen im Kreißaal die Leitung der Geburt, Sie oder die Hebamme?

Nach mehreren Presswehen bleibt der kindliche Kopf auch in der Wehenpause in der Vulva sichtbar. Das CTG zeigt den abgebildeten Befund.



CTG unter der Geburt.

**4.2** Falls überhaupt, welche Dezelerationsform liegt vor? Ist das CTG normal, suspekt oder pathologisch?
**4.3** Die Hebamme bittet Sie, einen (mediolateralen) Dammschnitt auszuführen. Wo schneiden Sie bzw. welche Strukturen durchtrennen Sie? In welchem Moment führen Sie den Schnitt aus? Entscheiden Sie sich für eine Lokalanästhesie des Dammes?

Die Geburt läuft folgendermaßen ab: Nacheinander werden Stirn, Gesicht und Kinn über den Damm geboren. Die äußere Drehung des Kopfes wird von der Hebamme unterstützt.

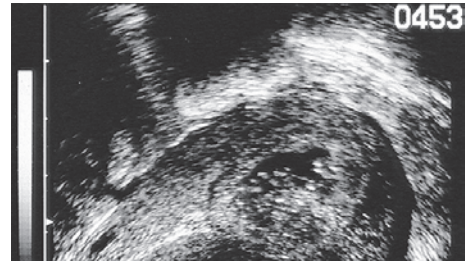
**4.4** In welche Richtung hat die Hebamme den kindlichen Kopf „gedreht“? Aus welcher Lage wurde das Kind geboren?

15 Minuten nach der Geburt hat sich die Plazenta noch nicht gelöst, eine stärkere Blutung ist nicht zu verzeichnen. Die Patientin verspürt kaum Nachgeburtswehen.

**4.5** Würden Sie diesen Zustand als „Plazentaretention“ bezeichnen? Wie ist Ihr weiteres Vorgehen bei fehlenden Lösungszeichen und kaum merklichen Nachgeburtswehen?

**5 57-jährige Patientin mit Postmenopausenblutung**

Eine 57-jährige Patientin stellt sich wegen einer angeblich erstmalig aufgetreten vaginalen Blutung in Ihrer Sprechstunde vor. Die letzte reguläre Menstruationsblutung liegt 3 Jahre zurück. Bei der SpekulumEinstellung sehen Sie eine Schmierblutung aus dem Zervikalkanal, der Uterus tastet sich vergrößert und weich. Sonografisch zeigt sich der abgebildete Befund. Die Patientin hat keine nennenswerten Vorerkrankungen und nimmt, abgesehen von einem Östrogenmonopräparat, keine Medikamente („Wegen der Hitzewallungen, das besorgt mir meine Schwester immer, und was meiner Schwester hilft, kann mir ja nicht schaden!“). Die Patientin wiegt 95 kg bei einer Größe von 160 cm.



Sonografie: Uterus. aus: Sohn, C., Krapf-Gast, A. S., Schiesser, M., Checkliste Sonographie in Gynäkologie und Geburtshilfe, 2. Auflage, Georg Thieme Verlag, 2001.

**5.1 Beschreiben Sie kurz Ihre erste diagnostische Maßnahme!**

Ihre Diagnostik ergibt ein „gut differenziertes Adenokarzinom“ und Sie entschließen sich zu einer abdominalen Hysterektomie mit Adnexektomie. Der intraoperative Schnellschnittbefund lautet: „Tumor infiltriert die äußere Hälfte des Myometriums, Zervix frei.“

**5.2 Welcher zusätzliche operative Schritt ist jetzt durchzuführen?****5.3 Benötigt die Patientin eine Nachbehandlung?****5.4 „Was meiner Schwester hilft, kann mir ja nicht schaden!“ Können Sie der Patientin zustimmen?****5.5 Wie hängen Adipositas und Korpuskarzinom zusammen? Kennen Sie weitere Risikofaktoren?**

**6 38-jährige I. Gravida/Nullipara in der 12+4 SSW bei Z. n. IVF**

In Ihrer Praxis stellt sich eine 38-jährige, fröhliche Patientin mit den Worten vor: „Ich glaube, ich bin schwanger!“ Der von Ihnen durchgeführte Schwangerschaftstest ist tatsächlich positiv. Die Patientin erzählt Ihnen, dass sie sich schon lange ein Kind gewünscht habe. Jetzt – beim 3. IVF-Versuch (In-vitro-Fertilisation) – habe es endlich geklappt. Der Embryotransfer war am 7. Mai. Die Patientin war bislang immer gesund, die Familienanamnese ist bezüglich Stoffwechsel-, genetischen und kardiovaskulären Erkrankungen leer. Rechnerisch befindet sich die Patientin in der 12+4 SSW (Schwangerschaftswoche). Sie habe erst jetzt den Schwangerschaftstest gemacht, weil sie nicht wieder so eine Enttäuschung wie bei den vorherigen IVF-Versuchen erleben wollte.



Sonografie:  $x_1$  gemessene SSL: 52 mm,  $x_2$  Nackentransparenz: 1,8 mm.

Sie führen bei der Patientin eine Ultraschalluntersuchung (I. Screening) zur Bestätigung der Schwangerschaft durch, die Herzaktion des Embryos ist positiv.

**6.1** Welche Aussagen können Sie anhand der Abbildung noch über die Schwangerschaft treffen bzw. welche Fragen sollte die 1. Ultraschalluntersuchung beantworten?

**6.2** Wie viele Ultraschalluntersuchungen („Screenings“) sind bei komplikationslosem Schwangerschaftsverlauf nach den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehen und zu welchem Zeitpunkt?

**6.3** Nennen Sie der Patientin den errechneten Geburtstermin!

**6.4** Die Patientin ist hocheifrig: „Kann ich sofort einen Mutterpass bekommen? Mein Mann glaubt das sonst nie!“ Was müssen Sie bei der Erstuntersuchung noch machen bzw. veranlassen, um den Mutterpass ausstellen bzw. entsprechend den Mutterschaftsrichtlinien ausfüllen zu können?

**6.5** Würden Sie diese Patientin als Risikoschwangere einstufen?



**7** 68-jährige Patientin mit „Druckgefühl nach unten“ und Harnverhalt

In Ihrer Sprechstunde stellt sich eine 68-jährige Patientin vor und berichtet, dass sie seit ein paar Tagen das Gefühl habe, aus ihrer Scheide würde „etwas herausfallen“. Weiterhin berichtet sie über Probleme beim Wasserlassen („Bisher habe ich beim Arbeiten, beim Laufen und bei jedem Hustenstoß ungewollt und wie aus heiterem Himmel Urin verloren und jetzt wird die Blase gar nicht mehr leer!“), über Verstopfung und neu aufgetretene Rückenschmerzen. Die Patientin hatte 3 Spontangeburt, es gibt keine nennenswerten Vorerkrankungen. Bei der Untersuchung stellt sich Ihnen der abgebildete Befund dar.



*Vulva der Patientin.*

**7.1** Welche Diagnose stellen Sie anhand der Abbildung?**7.2** Wie wird die Inkontinenzform der Patientin bezeichnet? Warum kann sie plötzlich die Blase nicht mehr entleeren und wie nennt man den zugrunde liegenden Mechanismus?**7.3** Welche Therapie schlagen Sie der Patientin vor? Erläutern Sie kurz Ihr Vorgehen!**7.4** Welche Therapie würden Sie einer multimorbiden, inoperablen Patientin mit dem gleichen Befund vorschlagen? Welche Nachteile hat diese Therapieform?

**8** Patientin mit vaginaler Blutung und positivem Schwangerschaftstest

Im Nachtdienst stellt sich eine 25-jährige Patientin mit vaginaler Blutung vor, die nach ihrer Aussage „ganz schön stark“ gewesen sei, jetzt aber fast aufgehört habe. Das Datum der letzten Periode wisse sie nicht („Vielleicht so vor 6 oder 7 Wochen?“). Da sie momentan mitten im Examensstress sei, habe sie das Ausbleiben der Periode auf den Stress zurückgeführt. Die Nachtschwester teilt Ihnen mit, dass der Schwangerschaftstest positiv ist. Bei der SpekulumEinstellung zeigt sich eine Schmierblutung aus dem Zervikalkanal. Sonografisch kommt der abgebildete Befund zur Darstellung. Der Zervikalkanal ist geschlossen, der Uterus tastet sich klein und fest, die linke Adnexe erscheint Ihnen vergrößert und diskret druckdolent. Die Bestimmung des  $\beta$ -HCG-Werts im Serum



Sonografie: Uterus.

ist aus technischen Gründen momentan nicht möglich.

**8.1** Wie lauten Ihre Verdachtsdiagnose und die mögliche Differenzialdiagnose?
**8.2** Wäre eine Bestimmung des  $\beta$ -HCG-Werts möglich und hätte einen Wert von 3000 I.E./l erbracht – wie würde Ihre Diagnose dann lauten?

Sie haben bei der Patientin eine Kürettage durchgeführt. Der kurz vor der Operation doch noch bestimmte  $\beta$ -HCG-Wert lag bei 2500 I.E./l. 1 Woche später teilt der Pathologe Ihnen Folgendes mit: dezidualisiertes Endometrium, kein Trophoblastgewebe nachweisbar; Der  $\beta$ -HCG-Wert liegt nun bei 3400 I.E./l.

**8.3** Wie lautet Ihre Diagnose jetzt? Welche Therapie besprechen Sie mit der Patientin?
**8.4** Wie erklären Sie sich die vaginale Blutung bei einer Extrauterin gravidität?