


Erstelldatum: 13.12.2004		1931 Gynäkologie		Nr. 193161/4		Seite 1 von 2	
Trophoblasttumore				Kantonsspital Aarau 			
Verfasser: Sarlos Dimitri		Genehmigt am: 11.08.2020		Ersetzt Versionen:			
Anlaufstelle: Klinikleiter		Genehmigt durch: D. Sarlos					
Telefon: 5065		Gültig ab: 11.08.2020					
E-Mail: gynäkologie@ksa.ch		Gültig bis: 10.08.2023					

Gestationsbedingte Trophoblastenerkrankungen

Die gestationsbedingten Trophoblastenerkrankungen umfassen eine zytogenetisch und klinisch heterogene Gruppe von Krankheitsbildern, die durch eine Fehldifferenzierung und/oder Proliferation des Trophoblastenepithels gekennzeichnet sind:

- Partialmole
- Blasenmole (komplette Mole)
- Invasive Mole (destruierende Mole)
- Chorionkarzinom
- Plazentabett-Tumor (placental site trophoblastic tumor)
- Epitheloider Trophoblasttumor
- Plazentabettknötchen
- Hyperplastische Implantationsstelle des Plazentabettes

Ziel

Korrektes Erfassen, Therapieren und Monitorisieren betroffener Frauen bei verschiedenen Formen von Trophoblasttumoren. Insbesondere Sicherstellen des follow up.

Inzidenz

0,6 – 1,1 / 1000 Geburten

Klinik

Vaginale Blutung in 73 – 84 % der Fälle. Für das Gestationsalter zu grosser Uterus. Evt. Hyperemesis, Hyperthyreose. Typisches US-Bild mit erkennbaren bläschenartigen Chorionzotten. Erhöhtes Serum-hCG.

Diagnostik

Beruhet auf obgenannter Klinik, dem US und dem Serum – hCG.

Partialmole

a) Diagnostik

Sonographisch vergrösserte Plazenta, die mit blasigen Strukturen versetzt sein kann.

hCG Werte nur teilweise erhöht. Regelmässig entwickelter Embryo/Fetus mit unterschiedlich schwerwiegenden Fehlbildungen

b) Therapie

Saugcurettag, danach sorgfältiges Nachcurettieren mit der gezähnten Curette (OA-Eingriff!).

c) Nachsorge

hCG Kontrolle alle 2-3 Wochen für 3-6 Monate

Bei persistierenden hCG Werten evtl. Re-Curettag unter sonographischer Kontrolle

Blasenmole

a. Diagnostik

Stark vergrösserte Plazenta, vergrösserter Uterus, keine Fetalanlage. hCG Werte erhöht (dadurch evtl. Hyperemesis, Hyperthyreose, Präeklampsie)

b. Therapie

Vollständiges Ausräumen des Cavums durch Saugcurettag unter sonographischer Kontrolle (cave: Perforations- und Blutungsgefahr). Danach sorgfältiges Nachcurettieren mit der gezähnten Curette (OA-Eingriff!).

Trophoblasttumore

Kantonsspital Aarau



Bei stärkeren Blutungen können Uterotonika eingesetzt werden. Die Hysterektomie ist nur bei lebensbedrohlichen Blutungen indiziert.

c. Nachsorge

hCG Kontrolle wöchentlich, beim Erreichen negativer Werte Kontrollen einmal pro Monat **für zumindest 6 Monate nach der Curettage**. Der erste Nullwert kann durchschnittlich 9 – 11 Wochen nach der Curettage erwartet werden. Solange das hCG sinkt, darf eine abwartende Haltung eingenommen werden.

Die Diagnose **gestationsbedingte trophoblastäre Neoplasie** wird gestellt bei:

- 4 oder mehr hCG Werten mit einer Plateaubildung über mindestens 3 Wochen
- Anstieg der hCG Werte von mehr als 10% oder mehr bei drei oder mehr Kontrollen
- Histologischem Nachweis eines Chorionkarzinoms
- Persistierenden hCG Werten über 6 Monate nach Molenausräumung

Nun muss die Chefarztvorstellung erfolgen

Nach Blasenmole und gestationsbedingten trophoblastären Neoplasien sollte wegen der erhöhten Abortrate die konsequente orale **Kontrazeption** für ein Minimum von einem Jahr erfolgen. Ein IUD ist aufgrund der erhöhten Perforationsgefahr kontraindiziert. Ist die Kontrazeption abgeschlossen, spricht nichts gegen eine erneute Schwangerschaft.

Schwangerschaft nach Trophoblasttumoren

Es besteht kein erhöhtes Wiederholungsrisiko gegenüber dem normalen Risiko von ca. 1‰. Ebenso kein erhöhtes Abort- oder Missbildungsrisiko. Keine Indikation für primäre Sectio.

Literatur

Berkowitz R.S. und Goldstein D.P. NEJM 335:1996

Seckl M.J. et al. The Lancet 356:2000

Köchli O.R., Sevin B.-U. in Multimodality Therapy in Gynecologic Oncology, Thieme 1996

Leitlinie DGGG, **Februar 2019**