

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Husslein H, Chalubinski K

**"Near miss" bei Placenta percreta mit
Risikoanamnese - ein Fallbericht**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2012; 30 (4)
(Ausgabe für Österreich), 7-10*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2012; 30 (4)
(Ausgabe für Schweiz), 9-12*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



„Near miss“ bei Placenta percreta mit Risiko- anamnese – ein Fallbericht

H. Husslein, K. Chalubinski

Einleitung

Die Inzidenz einer Placenta accreta/incrета/percreta hat in den vergangenen 20 Jahren, großteils als Resultat der steigenden Sectio-rate, von ca. 1:2500 auf 1:530 Schwangere zugenommen [1]. Die Placenta praevia ist der bedeutendste Risikofaktor für das Vorliegen einer invasiven Plazentation (Tab. 1) [2, 3].

Die große Gefahr der Plazentationsstörungen stellt die massive mütterliche Blutung dar, welche zum hämorrhagischen Schock mit allen Folgeproblemen wie DIC, Nierenversagen, ARDS und selten zum mütterlichen Tod führen kann [4, 5].

Das Management von Schwangerschaften mit Plazentationsstörungen variiert weltweit. Aufgrund fehlender prospektiv-randomisierter Studien basiert das Management meist auf der Grundlage von Fallserien, klinischer Erfahrung und internationalen Leitlinien. Trotz fehlender Konformität des Managements ist dennoch in den vergangenen Jahren klar geworden, dass der wichtigste Faktor für ein letztendlich erfolgreiches Management eine frühzeitige Diagnose einer Plazentationsstörung ist: Durch eine frühzeitige Diagnosestellung kann eine Planung des Managements erfol-

gen. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Entbindung in einem geburts-hilffichen Zentrum mit adäquater personeller und apparativer Ausstattung durchgeführt wird. Dieses Vorgehen reduziert nachweislich den mütterlichen Blutverlust und damit auch die mütterliche Morbidität und Mortalität [6, 7].

Insbesondere beim Vorliegen von Risikofaktoren (jeglicher operativer Eingriff am Uterus, insbesondere die Sectio Caesarea) muss daher im Rahmen der ärztlichen Schwangerenbetreuung auf die Lokalisation und, wenn möglich, auf Invasionszeichen der Plazenta geachtet werden. Ist die normalerweise im abdominalen Ultraschall darstellbare Trennschicht zwischen Uterus und Plazenta nicht abgrenzbar, unterbrochen oder nicht beurteilbar, sollte in jedem Fall eine weitere Abklärung in einem spezialisierten Zentrum zwischen Schwangerschaftswoche (SSW) 28+0 und 32+0 veranlasst werden [8–10].

Nur durch eine solche gezielte und rechtzeitige Abklärung des Risikokollektivs kann die Häufigkeit von unerwarteten, lebensbedrohlichen Blutungen und anschließenden Notfallhysterektomien unter personell und apparativ suboptimalen Bedingungen reduziert werden.

Tabelle 1: Häufigkeit einer invasiven Plazentationsstörung bei Placenta praevia

Placenta praevia ohne Voroperation am Uterus	Placenta praevia + St.p. 1 Sectio	Placenta praevia + St.p. 2 Sectiones	Placenta praevia + St.p. 3 Sectiones	Placenta praevia + St.p. ≥ 4 Sectiones
1–5 %	11–25 %	35–37 %	40 %	50–67 %

Fallbericht

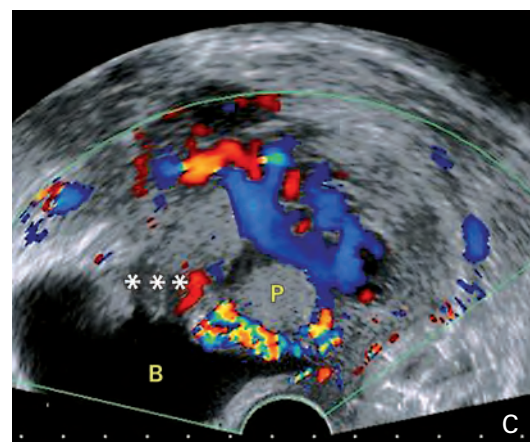
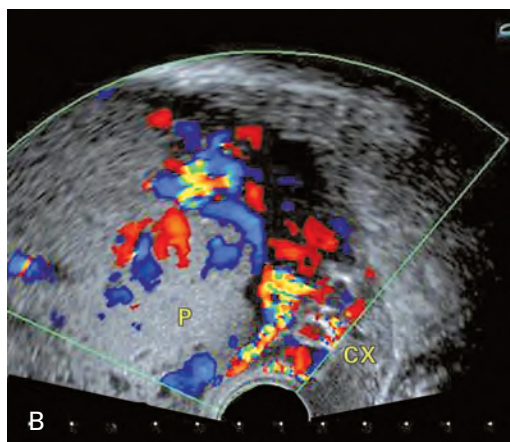
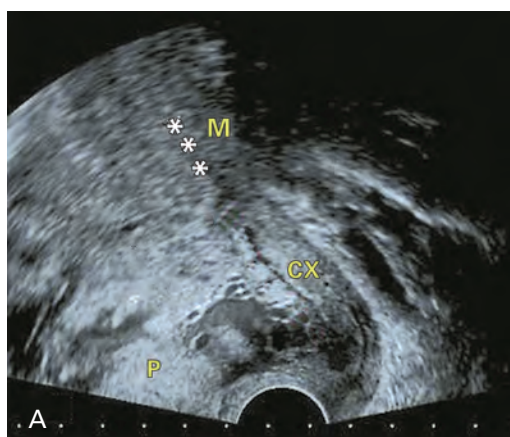
Eine 44-jährige Gravida 3, Para 2, wurde erstmals in der SSW 9+0 zur Geburtsanmeldung an unserer Abteilung vorstellig. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde die Anamnese erhoben und es erfolgte eine Aufklärung über routinemäßig vorgesehene Folgeuntersuchungen. Bei der Patientin waren 2 Kaiserschnitte (7 und 9 Jahre zurückliegend, wegen Querlage und Übertragung bei St.p. Sectio) sowie ein Gestationsdiabetes im Rahmen der letzten Schwangerschaft bekannt. Die Risikofaktoren wurden in dem Ambulanzprotokoll adäquat dokumentiert.

Auf Wunsch der Mutter wurden ein First-Trimester-Screening in der SSW 12+0 und ein Organscreening in SSW 18+0 durchgeführt. Bei beiden Untersuchungen wurden keine fetale Auffälligkeiten festgestellt, jedoch wurde erstmals eine Placenta praevia diagnostiziert und korrekt dokumentiert.

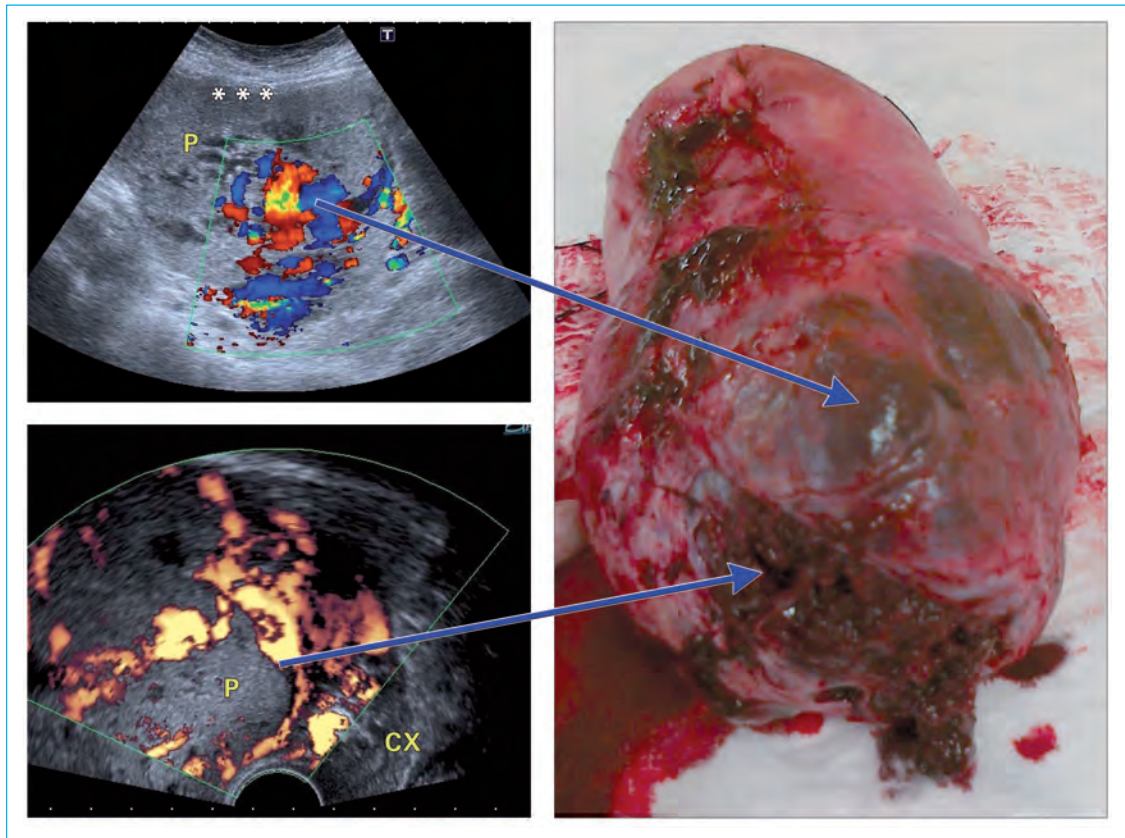
Auch die Tatsache, dass bei der Patientin bereits 2 Sectiones in der Anamnese bekannt waren, wurde im Befund vermerkt. Die Mutter wurde zwecks Terminvereinbarung an die Risikoschwangeren-Ambulanz unseres Hauses weitergeleitet, wo sie jedoch nicht mehr vorstellig wurde. Aus diesem Grund wurde eine spezielle Ultraschalluntersuchung bezüglich Plazentationsstörung, welche wir bei allen Risikopatientinnen in der SSW 28+0 bis 32+0 durchführen, verabsäumt. Unglücklicherweise fiel dies bei uns nicht auf und die Schwangere wurde trotz maximaler Risikokonstellation nicht einberufen. Auch der niedergelassene Frauenarzt hat das Bestehen der Placenta praevia > SSW 32 nicht vermerkt und uns die Risikopatientin nicht zugewiesen.

Die Schwangere kam erst in SSW 36+0 neuerlich in unsere Ambulanz zwecks Sectioterminisierung. Bei einer exakten Ultraschalluntersuchung der Plazenta, welche das untere Uterinsegment komplett ausfüllte, war die Haftfläche kaum von der myometranen Schicht abgrenzbar, lediglich die Serosa darstellbar und die retrovesikale Zone z. T. durch hypervaskuläres Mapping ersetzt (Abb. 1). Zudem waren mehrere intraplazentare Lakunen nachweisbar (Abb. 2). Dieser Befund sprach für eine incret-percrete Plazentainvasion.

Aufgrund der fortgeschrittenen Schwangerschaft wurde die Patientin umgehend stationär aufgenommen, interdisziplinär vorgestellt und eine sorgfältige Operationsvorbereitung für die Re-Re-Sectio für den darauffolgenden Tag veranlasst. Eine Hysterektomie *post sectionem*, sofern sich die



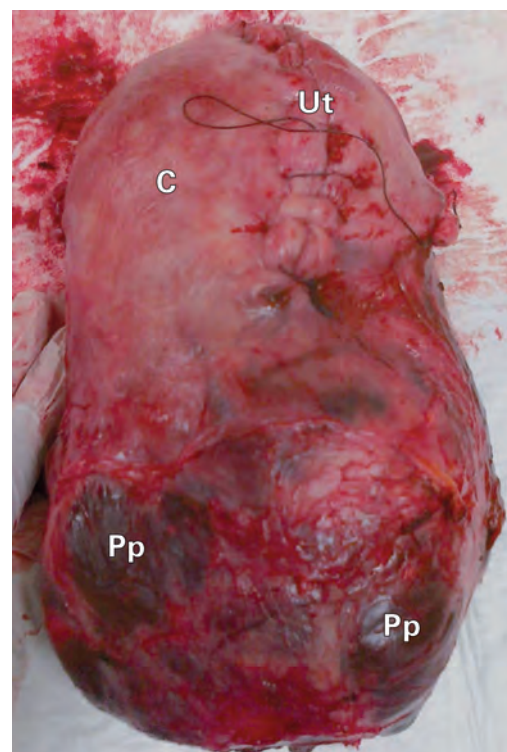
1. Placenta praevia percreta. (A) B-Bild – Grenzverlust Plazenta/Myometrium; (B) Hypervaskularisation und Gefäßlakunen; (C) retrovesikale Serosa, gefäßdurchsetzt. P: Plazenta; CX: Zervix, B: Blase; M: Myometrium; ***: Grenzverlust



2. Vergleich: Sonomorphologie und Präparat (Uterus p. extirp.).
P: Plazenta; CX: Zervix; ***: Grenzverlust.

Verdachtsdiagnose intraoperativ bestätigt, wurde mit „informed consent“ der Patientin ebenfalls eingeplant.

Der operative Zugang erfolgte, wie in solchen Fällen üblich, per medianer UB-Laparotomie; der Situs zeigte eine sehr ausgeprägte percrete Invasion, sodass die Uterotomie längs-korporal in oberer Uterushälfte erfolgte (Abb. 3). Das Neugeborene mit 2820 g, 49 cm, Apgar 9/10/10, NApH = 7,37, wurde kurz zur Observation auf der Neonatologie aufgenommen und danach in stabilem Zustand ins Kinderzimmer transferiert. Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos und die Patientin und ihr Kind konnten am 6. postoperativen Tag entlassen werden.



3. Uteruspräparat – anteriore Ansicht. C: Corpus uteri; Ut: corporale Uterotomie in oberer Uterushälfte (Verschluss erfolgt provisorisch zwecks Blutstillung vor der Exstirpatio uteri); Pp: Placenta percreta (Invasion bis zur Serosa).

Schlussfolgerung

Wir schildern einen Fall einer Placenta percreta, bei welchem nur durch Glück eine potenzielle Katastrophe verhindert werden konnte. Die Patientin wurde trotz bekannter Risikofaktoren nicht zeitgerecht bezüglich einer möglichen Plazentationsstörung evaluiert und die Placenta percreta erst im Rahmen der Sectioterminisierung in der SSW 36+0 diagnostiziert. Dieser Zeitpunkt ist bei Patientinnen mit Risikofaktoren für ein invasives Plazentawachstum, insbesondere bei gleichzeitig vorliegender Placenta praevia, **deutlich zu spät**.

Wie bereits zuvor berichtet, schlagen wir eine sonographische Spezialuntersuchung bei Risikopatientinnen mit unklarem Plazentabefund in der SSW 28+0 bis 32+0 vor [8]. Eine Abklärung in diesem Zeitraum scheint insbesondere aufgrund des häufigeren Auftretens von Frühgeburten bei Pati-

entinnen mit Placenta accreta/increta/percreta besonders wichtig. Die Frühgeburtlichkeit ist in diesem Kollektiv um das 12-Fache erhöht und beträgt 10,7 % im Vergleich zu 1 % in der Normalbevölkerung [11].

In unserem Fall hat die Patientin aufgrund eines organisatorischen Problems bzw. einer Fehlkommunikation keinen Plazenta-screening-Termin erhalten, obwohl dies routinemäßig vorgesehen wäre. Durch die letztendlich zufällig rechtzeitig gestellte Verdachtsdiagnose konnte in diesem Fall durch die sofortige Vorbereitung einer Sectio/Hysterektomie am Folgetag unter Miteinbeziehung der Anästhesie, Pädiatrie und einem über diesbezüglich viel Erfahrung verfügenden Operationsteam der Eingriff ohne Komplikationen und mit einem in solchen Fällen nur „mäßigen“ Blutverlust von 2100 ml durchgeführt werden. Sowohl Mutter als auch Kind waren wohlauf und konnten unsere Abteilung gemeinsam verlassen.

Wir präsentieren diesen Fall, um noch einmal explizit darauf hinzuweisen, dass bei Patientinnen mit einer Risikoanamnese ein besonderes Augenmerk auf die Lokalisation der Plazenta und auf mögliche Zeichen eines invasiven Wachstums gelegt werden muss. Nur durch ein frühzeitiges Erkennen einer Plazentationsstörung kann das Management adäquat geplant und dadurch die mütterliche Morbidität gesenkt werden.

LITERATUR:

1. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1458–61.
2. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al.; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 1226–32.
3. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 210–4.
4. O'Brien JM, Barton JR, Donaldson ES. The management of placenta percreta: conservative and operative strategies. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 1632–8.
5. Glaze S, Ekwala P, Roberts G, et al. Peripartum hysterectomy: 1999 to 2006. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 732–8.
6. Chestnut DH, Dewan DM, Redick LF, et al. Anesthetic management for obstetric hysterectomy: a multi-institutional study. *Anesthesiology* 1989; 70: 607–10.
7. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al.; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal and perinatal outcomes associated with a

trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004; 351: 2581–9.

8. Husslein H, Chalubinski K. Plazentationsstörung in Zusammenhang mit zunehmender Sectiorate. *Speculum* 2010 (Österreich); 28 (4): 20–4.

9. Comstock CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 26: 89–96.

10. Yang JJ, Lim YK, Kim HS, et al. Sonographic findings of placental lacunae and the prediction of adherent placenta in women with placenta previa totalis and prior Cesarean section. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 28: 178–82.

11. Gielchinsky Y, Mankuta D, Rojansky N, et al. Perinatal outcome of pregnancies complicated by placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 527–30.

Korrespondenzadresse:

Dr. Heinrich Husslein, p.LLM
 Universitätsklinik für Frauenheilkunde
 Medizinische Universität Wien
 A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
 E-Mail:
heinrich.husslein@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung