

Placenta praevia

Definition: Abnorme Plazentalokalisation im unteren Uterusanteil; Ursache von in 70-80% der Blutungen in der zweiten Schwangerschaftshälfte;

Blutungen sind von mütterlicher als auch kindlicher Seite möglich.

Einteilung:

- *Placenta praevia totalis:* Plazenta liegt komplett vor dem inneren MM (⇒ immer Indikation zur Sectio caesarea)
- *Placenta praevia partialis:* überlappt den inneren MM teilweise
- *Placenta praevia marginalis:* reicht bis an den Rand des inneren MM
- *Tiefer Plazentasitz:* Plazenta < 5cm vom inneren MM entfernt

Durch unterschiedlich schnelles Wachstum von Uterus und Plazenta kann die Plazenta „Hochwandern“ d.h. die Diagnose wird erst zuverlässig nach der 24. SSW gestellt, da in der Frühgravidität häufiger Plazentaareale über dem inneren MM zu finden sind.

Prädisponierende Faktoren:

Mehrgebärende; Z.n. Sektio, Aborten, Curettagen; kurze Geburtenfolge

Klinik: Schmerzlose, hellrote Blutung ohne Blasensprung; Blutung gering bis sehr stark (Kreislaufsituation der Mutter!); keine bis geringe Wehen

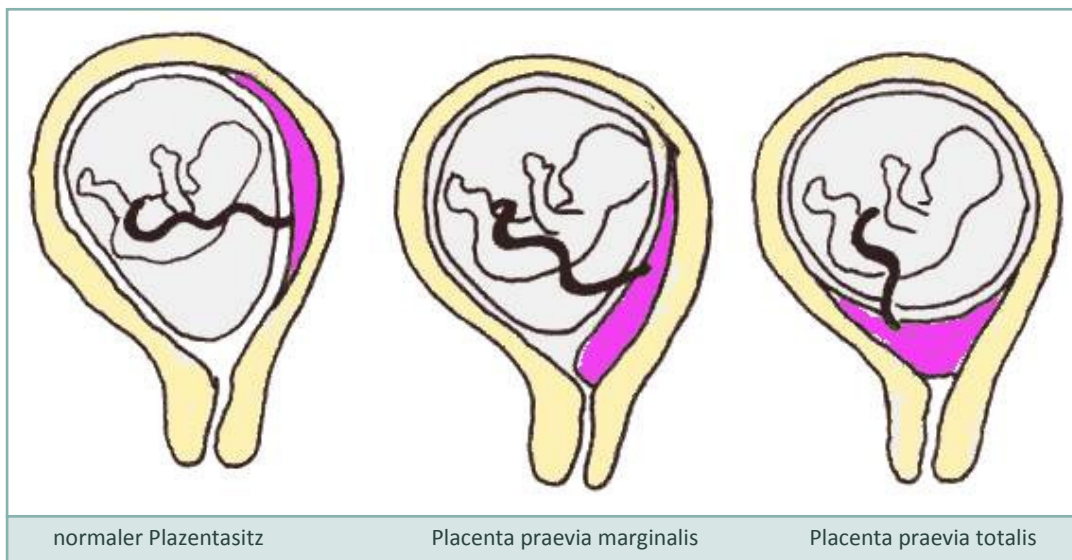
Komplikationen:

Mortalität 1% bzw. 5%; häufig postpartal atonische Nachblutungen

Vorgehen in der Schwangerschaft

Diagnostik

- vorsichtige Spiegeleinstellung ohne Touchieren der Zervix (evtl. HbF-Zellabstrich)
- keine vaginale Untersuchung
- keine rektale Untersuchung
- abdominaler Ultraschall (volle Blase!) oder vorsichtige Introitussonographie zur Beurteilung des Plazentasitzes und Ausschluss eines retroplazentaren Hämatoms



Vorgehen

- Oberarztvorstellung
- bei ambulanter Betreuung asymptotischer Patientin vor der 30. SSW striktes Verbot von Geschlechtsverkehr
- stationäre Aufnahme prophylaktisch ab ca. 30.-32. SSW bis zur Geburt (Entscheidung je nach Klinik)

- Sektiovorbereitung (⇒)
- großlumigen i.v. Zugang legen
- Blutgruppenbestimmung, Kreuzblut
- alle 3 d Kreuzblut und Blutbild
- eingeschränkte Bettruhe mit Thromboseprophylaxe (⇒)
- wöchentlich Ultraschall (Dopplersonographie, Fruchtwasser) (⇒)
- bei Neigung zu Kontraktionen Tokolyse (⇒)
- RDS-Prophylaxe (⇒) bei < 34+0 SSW
- bei rhesus-negativer Mutter Rhesusprophylaxe (⇒)
- Aufklärung über evtl. notwendige Sektiohysterektomie. Das Risiko einer Placenta accreta oder increta liegt bei Placenta praevia totalis oder partialis bei ca. 10%
- elektive Sektio nach Ende der Frühgeburtlichkeit mit Verfügbarkeit von Blutkonserven
- Placenta praevia partialis/marginalis vaginale Geburt möglich

L

Vorgehen bei Plazenta increta/percreta:

http://www.oggg.org/resources/pdf/JK_2005/S3_3_Proempeler.pdf

Vorzeitige Plazentalösung (Abruptio placentae)

BASISWISSEN

Definition: Vorzeitige partiale oder totale Plazentalösung vor Abnabelung des Kindes

Häufigkeit: 0,4-1,3% aller Schwangerschaften; 30% der Blutungen sub partu

Ursachen:

- meist unklar (50-70%)
- Trauma (Stoß in den Bauch, Unfall)
- Z.n. äußerer Wendung bzw. Wendungsversuch
- praeexistente Erkrankungen: Praeeklampsie, Diabetes, Nephropathie, Thrombophilien
- akute Volumenverminderung nach Blasensprung bei Hydramnion, nach Geburt des 1. Zwillings (Abscherung der Plazenta von Uteruswand)
- Z.n. Plazentalösung in vorangegangener Schwangerschaft; Kokainabusus

Klinik und diagnostische Zeichen

- plötzlich einsetzender Dauerschmerz, brettharter, druckschmerzhafter Uterus
- allgemeines Unwohlsein (Schwindel, Atemnot, Angstgefühl, in schweren Fällen Schock)
- vaginale Blutung ist nicht obligat. Die Blutungsstärke aus der Scheide ist kein Maß für den Blutverlust. Es kann auch nur nach innen bluten (retroplazentares Hämatom)
- CTG (⇒)-Veränderungen
- Gerinnungsstörungen, Thrombozytopenie, Anämie, Fibrinogenverminderung
- Couvelaire-Uterus bei Sektio: Uterus ist durch Einblutungen in das Myometrium dunkelrot bis schwarz verfärbt. Primär keine Indikation zur Hysterektomie; CAVE: hohes Atonierisiko

Differentialdiagnose

- Placenta praevia (⇒): schmerzlose Blutung
- Insertio velamentosa: mit dem Blasensprung (⇒) einsetzende starke, schmerzlose Blutung aus Einrissen frei in der Eihaut verlaufender - meist dicker Gefäße; es blutet das Kind! Massive Gefährdung bereits bei Blutverlust von 100-200ml. Nur die sofortige Sektio kann Leben des Feten retten.