

Placenta increta bei extremer Frühgeburtlichkeit

L. Gamper, C.S. Bryan, H.K. Wolf, T. Krauß



Abbildung 1:
Präparat Uterus

Längsschnitt durch den Uterus. Die Pfeile markieren die Stelle, an denen das Plazentagewebe in das Myometrium eingewachsen ist.

Anamnese:

23-j. Patientin, I-Gravida, 0-Para mit dringendem Kinderwunsch. Erste stationäre Aufnahme in der 10+4 SSW mit vaginaler Blutung bei tiefem Plazentasitz und Zervixinsuffizienz (sonographische Länge 9 mm). Konservative Behandlung. Entlassung gegen ärztlichen Rat. Die Wiederaufnahme erfolgte in der 21+0 SSW wegen progredienter Muttermundseröffnung (3 cm) ohne objektive Wehentätigkeit. Sonographisch präsentiert sich eine zeitgerecht entwickelte Schwangerschaft mit tief sitzender Hinterwand-Plazenta.

Verlauf:

Der Patientin wird ein Schwangerschaftsabbruch angeboten, dies wird von der Patientin abgelehnt. Eine Gardnerella vaginalis-Infektion wird mit Metronidazol behandelt. Notfallcerclage (modifiziert nach Hefner) in der 22+5 SSW nach Ausschluss einer intrauteriner Infektion unter perioperativer i.v.-Tokolyse und Antibiotikaprophylaxe. Lungenreifeinduktion unter i.v.-Bolustokolyse mit Erreichen der 24+0 SSW. Vorzeitiger Blasensprung in der 24+4 SSW bei dorso-inferiorer Querlage des Kindes. Stellen der Indikation zur sekundären Sectio caesarea. Nach Entwicklung des Kindes tritt beim Versuch der Plazentalösung eine Blutung aus dem Plazentabett auf, die konservativ nicht beherschar ist. Indikation zur Hysterektomie als ultima ratio. Das Kind verstirbt bei extremer Unreife wenige Stunden nach der Geburt.

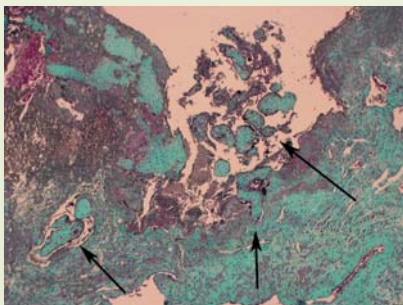


Abbildung 2:
schematische Darstellung Placenta accreta

Histologischer Schnitt von der Infiltrationsstelle (Goldners Trichrom-Färbung). Die Pfeile markieren Chorionzotten im Myometrium.

Histologie:

Placenta increta

Inzidenz:

- Placenta accreta kommt in ca. 1 : 2500 Geburten vor
- Die Inzidenz ist um das 10-fache in den letzten 50 Jahren angestiegen

Risikofaktoren:

- Z.n.Sectio, 8-fach höher nach einer Sectio, 10-fach nach 2 oder 3 Sectiones
- Placenta praevia mit oder ohne vorausgegangene Uterus-Op (z.B. Myomenukleation, Uterustramata z.B. nach Curettagen oder Interruptiones)
- Bei Frauen mit mehr als zwei Sectiones und vorderer oder zentraler Placenta praevia beträgt die Rate an Placenta accreta bis zu 40%.

- Signifikante maternale Mortalität von 7% bei intraoperativer und postoperativer Morbidität bedingt durch massive postpartale Blutungen assoziiert mit massiven Bluttransfusionen, Infektionen, urethralen Verletzungen und Fistelbildung
- Die Rate an peripartalen Hysterektomien pro Entbindung ist schätzungsweise 1 : 3976 für Multigravidae und 1 : 2840 für Primigravidae

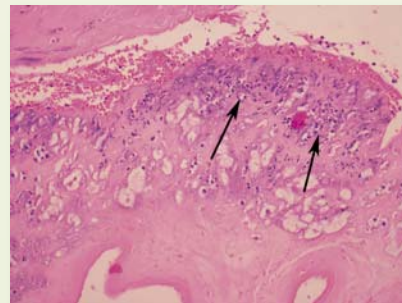


Abbildung 3:
Histologisches Präparat

Chorioamnionitis (Hämatoxylin-Eosin-Färbung): Eihäute mit Nekrosen und granulozytären Infiltraten (Pfeile).

Diskussion:

1. Möglichkeiten der vorgeburtlichen Diagnose einer Placenta increta/percreta
 - a. Dopplersonographie
 - b. B-Bild-Sonographie
2. Möglichkeiten der Therapie
 - a. Konservativ: Uterotonika, Methotrexat, Übernähren der Plazentahaftstelle, Legen von komprimierenden Uterusnähten (z.B. B-Lynch-Naht und Modifikationen), Ballontamponade, Embolisation oder Ligatur der Aa.uterinae und/oder distale Ligatur der Aa.iliacae internae
 - b. Chirurgisch: Hysterektomie



Abbildung 4:
B-Bild - retrospektiv lässt sich die Placenta increta darstellen

Literatur:

- ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG committee opinion no. Placenta accreta. Obstet gynaecol 2002; 99:169-70.
- Usta IM, Hobioka EM, Abu Musa AA, Nassar AH. Placenta praevia-accreta: risk factors and complications. Am J Obstet Gynaecol 2005;193:1045-9.
- Miller DA, Chollet JA, Murphy Goodwin T. Clinical risk factors for placenta praevia-accreta. Am J Obstet Gynaecol 1997;177:210-14.
- Nishijima K, Shukunami K, Arikura S, Kotsuji F. An operative technique for conservative management of placenta accreta. Am J Obstet Gynaecol 2005;105:1201-3.
- Tjalma WAA, Jacquemyn Y. Letters to the editor-correspondence: compression sutures instead of emergency peripartum hysterectomy. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Med 2005;118:258-9.
- Sarantopoulos GP, Natarajan S. Placenta accreta. Arch Pathol Lab Med 2002;126:1557-8.
- Hwu YM, Chen CP, Chen HS, Su TS. Parallel vertical compression sutures: a technique to control bleeding from placenta praevia or accreta during caesarean section. BJOG 2005;112:1420-3.

Management einer für Osteogenesis imperfecta Typ II diskordanten Geminigravidität

C.S. Bryan ⁽¹⁾, E.Gödde ⁽²⁾, H. Broede ⁽³⁾, T. Krauß ⁽¹⁾

- (1) Frauenklinik Lippe-Detmold, Detmold
 (2) Humangenetische Beratung und Diagnostik, Datteln
 (3) Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Lippe-Detmold, Detmold

Einleitung:

Die Osteogenesis imperfecta Typ II ist eine letale Skelettdysplasie, deren Inzidenz 1-2:100.000 Geburten beträgt. Es handelt sich in der Regel um autosomal-dominante Neumutationen im COL1A1- oder im COL1A2-Gen.

Fallbericht:

Die 24 j. IG., OP stellte sich bei dichorioter, diamnioter Geminigravidität erstmals in der 20+1 SSW zur sonographischen Feindiagnostik vor. Auffallend war ein diskordantes Wachstum mit extrem verkürzten langen Röhrenknochen bei Geminus II. Geminus I war sonoanatomisch unauffällig.

Wir führten zunächst eine Fruchtwasseranalyse beider Feten durch, die numerischen und strukturellen Chromosomenanalysen waren unauffällig (Geminus I: 46, XY; Geminus II: 46, XX). Der detaillierte Ultraschall bei Geminus II ergab folgenden Befund: IUGR, Schädelkalotte durch Druck des Ultraschalltransducers verformbar, lange Röhrenknochen verformt, gebogen z.T. mehrfach frakturiert, wenig calcifiziert und weit unter der 1. Perzentile. Platyspondylie, kleiner glockenförmiger Thorax, multiple Rippenfrakturen, perlschnurartige Rippen, v.a. Lungenhypoplasie. Wir stellten die Verdachtsdiagnose „Osteogenesis imperfecta Typ II“.



Babygramm

Diese Diagnose wurde durch Sequenzierung des COL1A1-Gens an DNS aus kultivierten Amnionzellen mit Identifizierung der krankheitsverursachenden Mutation c.2705G>A (p.Gly902Asp) heterozygot bestätigt (Dr. rer. nat. Ehlers, Gemeinschaftspraxis Dres. Prager, Junge und Partner, Dresden). Der Mutter wurde der Befund mit infauster Prognose für den 2. Geminus erklärt. Geminus I war sonoanatomisch und chromosomal gesund, daher kam ein Schwangerschaftsabbruch nicht in Frage. Die Klinikseelsorgerin wurde in die interdisziplinäre Betreuung einbezogen. Die Patientin war zunächst dem erkrankten Kind sehr zurückhaltend gegenüber eingestellt und wollte es nach der Geburt weder sehen noch verabschieden.

Im Laufe der Restschwangerschaft ist es uns jedoch gelungen, zwischen Mutter und Kind ein Bonding aufzubauen. Unter Einbeziehung der

Patientin legten wir präpartal das Management beim Kind post partum fest. In der 35+2 SSW wurde die Patientin wegen BEL des gesunden, führenden Kindes per sekundärer Sectio caesarea nach vorzeitigem Blasensprung entbunden. Das an Osteogenesis imperfecta erkrankte Kind zeigte post partum den typischen Phänotyp.

Nach Analgesie verstarb das Baby in den Armen der Mutter noch während des Kaiserschnittes. Die Mutter konnte im Kreise ihrer Familie Abschied von dem kleinen Mädchen nehmen.

Diskussion:

Für letale Fehlbildungen diskordante Mehrlingsschwangerschaften werden im Interesse des gesunden Feten möglichst weit ausgetragen. Durch die exakte pränatale Diagnose kann das postnatale Management in seinen Grundzügen festgelegt werden.

Hier sollte eine adäquate Schmerztherapie und eine menschliche Zuwendung zum sterbenden Kind und seiner Mutter im Sinne einer liebevollen Fürsorge („tender loving care“) im Vordergrund stehen.



Abbildung 1:
24. Schwangerschaftswoche

B-Bild: fetaler Schädel ohne Kompression durch den Transducer



Abbildung 2:
24. Schwangerschaftswoche

B-Bild: fetaler Schädel mit Kompression durch den Transducer



Abbildung 3:
28. Schwangerschaftswoche

B-Bild: Pericarderguss



Abbildung 4:
30. Schwangerschaftswoche

B-Bild: fetaler Femur, multipel frakturiert