



Plazentationsstörungen bei Status nach Sectio

Risk-Management zur Vermeidung von Müttersterbefällen

AWMF 015/046

Inhaltsverzeichnis

1. Risiko
2. Häufigkeit
3. Mütterliche Verblutungstodesfälle infolge Plazentationsstörungen bei Status nach Sectio
4. Risk-Management bei Plazentationsstörungen bei Status nach Sectio
5. Zusammenfassung
6. Literatur
7. Methodenreport

1. Risiko

Die Placenta praevia oder der tiefe Plazentasitz im Zustand nach Sectio, insbesondere mit Insertion im Sectio-Narbenbereich und möglicher Kombination mit einer erst intraoperativ erkannten Placenta accreta/increta/percreta, – und nicht die Uterus-Narbenruptur! – sind die quoad vitam gefährlichsten mütterlichen Spätkomplikationen nach vorausgegangener Schnittentbindung. In Bayern wurde im Rahmen landesweiter Einzelfalluntersuchungen seit 1984 bis heute kein weiterer Müttersterbefall infolge Narbenruptur bei Status nach Sectio erfasst (14).

2. Häufigkeit

Die Inzidenz der Placenta praevia beträgt ohne Voroperation am Uterus 0,3%, bei Zustand nach einmaliger Sectio erhöht sie sich auf 0,8%, steigt nach zwei Schnittentbindungen auf 2% und nach drei und mehr Kaiserschnitten auf 4,2% an (8). In der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung im stationären Bereich (BAQ) fand sich zwischen 1998 und 2004 bei Mehrgebärenden eine Gesamtinzidenz der Placenta praevia von 0,39%; ohne vorherige Uterusoperation (n = 385.306) waren es 0,36%, bei Status nach Sectio (n = 67.257) waren es 0,55% (10). Dies bedeutet eine signifikante Erhöhung des Placenta-praevia-Risikos bei Status nach Sectio um den Faktor 1,5. Bei Plazenta-Insertion im Narbenbereich besteht ein zusätzliches Risiko für eine Placenta accreta/increta/percreta in Abhängigkeit von der Anzahl vorausgegangener Schnittentbindungen (bis ca. 40% nach zwei oder mehr Sectiones) (1).

3. Mütterliche Verblutungstodesfälle infolge Plazentationsstörungen bei Status nach Sectio

In Bayern wurden von 1983 bis 2007 bei landesweiten Einzelfalluntersuchungen bisher elf derartige Müttersterbefälle (MSTF) erfasst (13). Vier Hämorrhagie-MSTF bei Placenta praevia im Status nach Sectio sind bei Gutachtertätigkeit 1992 bis 2002 aus einem weiteren westdeutschen Bundesland bekannt geworden (13). In Großbritannien wurden im Zeitraum von 1997 bis 1999 drei MSTF bei Placenta praevia und Zustand nach Sectio registriert (11), vier Todesfälle in den Jahren 2000 bis 2002 (6) und weitere drei in den Jahren 2003 bis 2005 (5). Über drei Placenta-praevia-Verblutungstodesfälle bei Status nach Sectio im Zeitraum von 1992 bis 2006 berichteten Beck und Vutuc aus Österreich (3).

Die Verläufe waren in den beschriebenen Fällen vielfach ähnlich. Das mütterliche Verblutungsrisiko während oder nach der Re-Sectio wird wegen der sub partu bekannt guten Kompensationsmöglichkeit auch größerer Blutverluste zunächst offensichtlich unterschätzt (cave plötzliche Asystolie).

4. Risk-Management bei Plazentationsstörungen bei Status nach Sectio

- Sorgfältige sonographische Lokalisation des Plazentasitzes im Verlauf der Gravidität, insbesondere bei Zustand nach Sectio.
- Bei sonographisch nachgewiesener Placenta praevia oder tiefem Plazentasitz ist eine weitere Abklärung hinsichtlich eventueller Placenta accreta/increta/percreta und/oder intrazervikaler Plazentalokalisation mittels Farbdoppler erforderlich. Bei zweifelhaften Befunden wird zusätzlich MRT empfohlen (5).
- Nach Diagnosestellung sollte die baldige Vorstellung in der Entbindungsklinik erfolgen, möglichst bis zur 30. SSW, zur ausführlichen Besprechung und Beratung mit der Schwangeren und Festlegung des geplanten Entbindungsmodus (siehe unten) ohne Zeitdruck. Die weitere Betreuung der Schwangeren sollte in der Entbindungsklinik oder in Absprache mit der Klinik erfolgen.
- Aufklärung der Patientin über das erhöhte Blutungsrisiko, die indizierte Re-Sectio und weitere, gegebenenfalls notwendige Behandlungsmaßnahmen (medikamentös, chirurgisch, radiologisch) einschließlich eventuell erforderlicher Hysterektomie.

Alternativen zur Standard-Sectio:

- Uteruseröffnung in plazentafreiem Bereich,
- bei erfülltem Kinderwunsch primäre Sectio-Hysterektomie (korporaler Längsschnitt, keine Plazentalösung), insbesondere bei Verweigerung von Bluttransfusionen (Zeugen Jehovas),
- bei präoperativ bekannter Placenta accreta/increta und insbesondere Placenta percreta Sectio unter Belassung der Plazenta in situ mit oder ohne anschließende Methotrexat-Therapie. Bei derart konservativem Plazenta-Management cave Endometritis/Sepsis! (7, 9, 12) (bis zu 30% Sepsitiden [4]).

- präpartale Hospitalisierung von Schwangeren mit Plazentationsstörungen bei Status nach Sectio ausschließlich in Kliniken, in denen ausreichende Mengen an Blutderivaten rund um die Uhr kontinuierlich verfügbar sind. Zeitpunkt der stationären Aufnahme der Hochrisiko-Schwangeren in Absprache mit der Entbindungsklinik.
- Da Verblutungstodesfälle bei Plazentationsstörungen im Zustand nach Sectio überwiegend vor 36 SSW auftreten, ist eine Sectioplanung in Absprache mit den Neonatologen ab vollendeten 34 SSW empfehlenswert. Jede optimierte Planung droht ins Leere zu laufen, wenn wegen akuter Blutung am Wochenende oder nachts notfallmäßig interveniert werden muss.
- Interdisziplinär vereinbarte Anweisungen zur Therapie intra- und postpartaler Blutungen sollten in jeder geburtshilflichen Abteilung verfügbar sein und in Zusammenarbeit mit Blutbank und Labor regelmäßig aktualisiert und diskutiert werden (Empfehlung 6).
- Bei präpartaler Hospitalisierung vorsorgliche, bei Notfalleinweisung sofortige Bereitstellung von vier (!) gekreuzten Erythrozytenkonzentraten (EK) bzw. Blutkonserven (Empfehlung 11) sowie ausreichenden Mengen von fresh frozen plasma (FFP).
- erfahrener Operateur,
- bei therapieresistenter Blutung rechtzeitige Indikationsstellung zur lebensrettenden Hysterektomie, insbesondere bei Placenta praevia accreta/increta/percreta und Placenta praevia cervicalis,
- zeitnahe Hb- und HK-Kontrolle nach Beendigung der Sectio. Rechtzeitig ausreichende Erythrozytenkonzentrat- oder Bluttransfusionen,
- lückenlose postoperative Überwachung der Kreislaufparameter durch kompetentes Personal einschließlich erforderlicher Laborkontrollen (2).

5. Zusammenfassung

Mit Hilfe risikoadaptierter Vorsorge in Verbindung mit generellem, zeitgerechtem Risk-Management erscheint bei Plazentationsstörungen im Status nach Sectio eine weitere Reduzierung mütterlicher Verblutungstodesfälle möglich.

6. Literatur

1. ACOG Committee opinion. Nr. 266: Placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 169–170
2. AG Medizinrecht. Zur postoperativen Überwachung bei Kaiserschnittpatientinnen. *Frauenarzt* 2007; 48: 68–69
3. Beck A, Vutuc Ch. Entwicklung der mütterlichen Mortalität in Österreich. *Gemeinsame Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde und der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe München* 2007
4. Bretelle F et al. Conservative management of placenta accreta: Technique, immediate and longterm outcome. *Abstract FOGO Congress* 2009
5. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). *Saving mothers' live: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer – 2002–2005. The Sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. RCOG Press London, 2007*
6. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). *Why mothers die 2000–2002. The Sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. RCOG Press London, 2004*
7. Gonser M. *Pers. Mitt.*, 2007

4.4.7 Plazentationsstörungen bei Status nach Sectio

-
8. Huch A, Chaoui R: *Sectio caesarea: In (Hrsg): Schneider H, Husslein P, Schneider KTM. Die Geburtshilfe. 3. Auflage. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York, 2006: 794*
 9. Kayem G, Davy C, Goffinet F, Thomas C, Clément D, Cabrol D. *Conservative versus extirpative management in cases of placenta accreta. Obstet and Gynecol 2004; 104: 531–536*
 10. Lack N (BAQ). *Pers. Mitt., 2005*
 11. *National Institute of Clinical Excellence, Scottish Executive Health Department, Department of Health, Social Services and Public Safety Northern Ireland. Why mothers die 1997–1999. The Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom (CEMD). RCOG Press London, 2001*
 12. O'Brien JM, Barton JR, Donaldson ES. *The management of placenta percreta: Conservative and operative strategies. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 1632–1638*
 13. Welsch H, Wischnik A: *Müttersterblichkeit. In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg.). Die Geburtshilfe. 3.Aufl. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York, 2006: 1049–1063*
 14. *Welsch H. unveröffentlichte Daten, 2010*
-

Erstfassung: 2005

Überarbeitung: 2007, 2010

Überarbeitung bestätigt durch alle Mitglieder der AG Medizinrecht

© DGGG 2010