



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen
Stand August 2008

- 4 Medizinrecht
- 4.4 Pränatal- und Geburtsmedizin
- 4.4.7 Plazentationsstörungen bei Status nach Sectio

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht in der DGGG

Plazentationsstörungen bei Status nach Sectio
Risk-Management zur Vermeidung von Müttersterbefällen
AWMF 015/046 (S1)

Inhalt

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

1 Risiko

Die Placenta praevia oder der tiefe Plazentasitz bei 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 quoquo ad 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 (11). 13).

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 (5).

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% (7). Dies bedeutet eine signifikante Erhöhung des Placenta-praevia-Risikos bei Status nach Sectio um den Faktor 1,5. Bei Plazenta-Insertion im Narben-

bereich 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 neun derartige Müttersterbefälle (MSTF) erfasst (12). Vier Hämorrhagie-MSTF bei Placenta praevia im Status nach Sectio sind bei Gutachtertätigkeit 1992 bis 2002 aus einem weiteren westdeutschen Bundesland bekannt geworden (11). In Großbritannien wurden im Zeitraum von 1997 bis 1999 drei MSTF bei Placenta praevia im Zustand nach Sectio registriert (9), vier Todesfälle in den Jahren 2000 bis 2002 (8b9) und weitere drei in den Jahren 2003 bis 2005 (10). 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 dem Eingriff 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 Plazenta-sitz ist eine weitere Abklärung hinsichtlich eventueller Placenta accreta/ increta/percreta und/oder intrazervikaler Plazentalokalisation mittels Farbdoppler erforderlich (u.a. fehlende Abgrenzung zwischen Plazenta und Myometrium mit ausgeprägten plazentaren Lakunen). Bei zweifelhaften Befunden wird zusätzlich MRT empfohlen (10).
- 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 anschließender Methotrexat-Therapie. Bei derart konservativem Plazenta-Management cave Endometritis/Sepsis! (4, 6, 11),
- präpartalepräpartale 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 die Planung der Schnittentbindung 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 post-partaler Blutungen sollten in jeder geburtshilflichen Abteilung verfügbar sein und in Zusammenarbeit mit Blutbank und Labor regelmäßig aktualisiert und diskutiert werden (Empfehlung 9).
- Bei präpartaler Hospitalisierung vorsorgliche, bei Notfalleinweisung sofortige Bereitstellung von vier (!) gekreuzten Erythrozytenkonzentraten (EK) bzw. Blutkonserven (Empfehlung 8) sowie ausreichenden Mengen von fresh frozen plasma (FFP),
- erfahrenererfahrener Operateur,
- bei bei therapieresistenter Blutung rechtzeitige Indikationsstellung zur lebensrettenden Hysterektomie, insbesondere bei Placenta praevia accreta/increta /percreta und Placenta praevia cervicalis,
- zeitnahezeitnahe Hb- und HK-Kontrolle nach Beendigung der Sectio. Rechtzeitig ausreichende Erythrozytenkonzentrat- oder Bluttransfusionen.
- Lückenloselückenlose 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 C. 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. Gonser M. Pers. Mitt., 2007

5. Huch A, Chaoui R. Sectio caesarea. In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg.). Die Geburtshilfe. 3. Auflage. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2006: 794
6. 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
7. Lack N (BAQ). *Pers. Mitt.*, 2005
8. 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
9. National Institute of Clinical Excellence, Scottish Executive Health Department, Department of Health, Social Services and Public Safety Northern Ireland. 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
10. National Institute of Clinical Excellence, Scottish Executive Health Department, Department of Health, Social Services and Public Safety Northern Ireland. 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
11. O'Brien JM, Barton JR, Donaldson ES: The management of placenta percreta: Conservative and operative strategies. *Am J Obstet Gynecol* 175 (1996); 175: 1632–1638
12. Welsch H, Wischnik A: Müttersterblichkeit. In (Hrsg): Schneider H, Husslein P, Schneider KTM: (Hrsg.). Die Geburtshilfe. 3. Aufl. 1049-1063. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2006: 1049–1063
13. Welsch H: unveröffentlichte Daten, 2007.

Erstfassung

2005

Überarbeitung

2007

Überarbeitung bestätigt durch die Mitglieder der AG Medizinrecht und durch den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Mitglieder der AG Medizinrecht 2008*Juristische Mitglieder:*

R. Baur, Hamm
RÄ C. Halstrick, München
Dr. jur. U. Hamann, Celle
Prof. Dr. jur. B.-R. Kern, Leipzig
Prof. Dr. jur. H. Lilie, Halle
OStÄ S. Nemetschek, Celle
Dr. jur. F.-J. Pelz, Münster
RA F. M. Petry, Detmold
Dr. jur. R. Ratzel, München
Prof. Dr. jur. E. Schumann, Göttingen
Prof. Dr. jur. A. Spickhoff, Regensburg
Prof. Dr. Dr. jur. K. Ulsenheimer,
München
RA P. Weidinger, München

Medizinische Mitglieder:

Prof. Dr.med. D. Berg, Amberg
Frau Dr. med. G. Bonatz, Bochum
Prof. Dr. med. J. W. Dudenhausen,
Berlin
Prof. Dr. med. W. Geiger, Saarbrücken
Prof. Dr. med. H. Hepp, München
Prof. Dr. med. E.-J. Hickl, Hamburg
Prof. Dr. med. E. Keller, Ingolstadt
Prof. Dr. med. R. Rauskolb, Northeim
Prof. Dr. med. K. Renziehausen,
Chemnitz
Prof. Dr. med. T. Schwenger, Dortmund
Dr. med. F. Staufer, Dachau
Prof. Dr. med. A. T. Teichmann,
Aschaffenburg
Prof. Dr. med. K. Vetter, Berlin
Prof. Dr. med. H. Welsch, München
Prof. Dr. med. A. Wischnik, Augsburg