

# Plazentationsstörungen bei Status nach Sectio

*Risk-Management zur Vermeidung von Müttersterbefällen*

AG Medizinrecht in der DGGG

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

Die Placenta praevia im Zustand nach Sectio, insbesondere in Kombination mit einer meist erst intraoperativ erkannten Placenta accreta/increta – und nicht die Uterusnarbenruptur! – ist die quoad vitam gefährlichste mütterliche Spätkomplikation nach vorausgegangener Schnittentbindung.

In Bayern wurde im Rahmen landesweiter Einzelfalluntersuchungen seit 1984 kein weiterer Müttersterbefall infolge Narbenruptur bei Status nach Sectio erfasst.

## Häufigkeit

Die Inzidenz der Placenta praevia beträgt nach Huch und Chaoui (3) 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. In der Bayerischen Perinatalerhebung 1998–2004 fand sich bei Mehrgebärenden eine Gesamtinzidenz der Placenta praevia von 0,39%; ohne vorherige Uterusoperation (n=385.306) waren es 0,36%, bei Zustand nach Sectio (n=67.257) 0,55% (4). Dies bedeutet eine signifikante Erhöhung des Placenta-praevia-Risikos bei Zustand nach Sectio um den Faktor 1,5.

Bei Plazenta-Insertion im Narbenbereich besteht ein zusätzliches Risiko für eine Placenta accreta/increta in

Abhängigkeit von der Anzahl vorausgegangener Schnittentbindungen (bis ca. 40% nach zwei oder mehr Sectiones; 1).

## Mütterliche Verblutungstodesfälle bei Placenta praevia im Zustand nach Sectio

In Bayern wurden in den Jahren von 1983 bis 2004 bei Einzelfalluntersuchungen während der gesamten Untersuchungszeit insgesamt acht derartige Müttersterbefälle (MSTF) erfasst. Vier Hämorrhagie-MSTF bei Placenta praevia im Status nach Sectio wurden bei Gutachter Tätigkeit zwischen 1992 und 2002 aus einem weiteren westdeutschen Bundesland bekannt (7). Im United Kingdom wurden drei MSTF aufgrund von Placenta praevia im Zustand nach Sectio im Zeitraum 1997–1999 (5) und weitere vier identische MSTF in den Jahren 2000 bis 2002 registriert (6). Über zwei Placenta-praevia-Verblutungstodesfälle bei Status nach Sectio zwischen 1992 und 1998 wurde aus Österreich berichtet (2).

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

## Risk-Management

Ein **optimales Risk-Management** bei Placenta praevia im Zustand nach Sectio muss folgende Punkte berücksichtigen:

- sorgfältige **sonographische Lokalisation des Plazentasitzes** bei Zustand nach Sectio;
- bei sonographisch nachgewiesener Placenta praevia Versuch einer weiteren **Abklärung hinsichtlich eventueller Placenta increta und/oder intrazervikaler Lokalisation** mittels Farbdoppler ratsam (DEGUM II oder III);
- **präpartale Hospitalisierung** von Schwangeren mit Placenta praevia im Zustand nach Sectio **ausschließlich in Kliniken mit kontinuierlicher Verfügbarkeit ausreichender Mengen an Blutderivaten rund um die Uhr.** Zeitpunkt der stationären Aufnahme der Hochrisiko-Schwangeren in Absprache mit der Entbindungsklinik;
- **Aufklärung der Patientin** über erhöhtes Blutungsrisiko, die indizierte Re-Sectio und weitere gegebenenfalls notwendige Behandlungsmaßnahmen (medikamentös, radiologisch, chirurgisch) einschließlich eventuell erforderlicher Hysterektomie;
- 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 CEMACH, 2004; 6);
- bei präpartaler Hospitalisierung vorsorgliche, bei Notfalleinweisung sofortige **Bereitstellung von vier (!) gekreuzten Erythrozyten-Konzentraten** bzw. Blutkonserven (Empfehlung CEMD, 2001; 5) sowie ausreichender Mengen an fresh frozen plasma (FFP);
- **erfahrener Operateur;**
- **rechtzeitige Indikationsstellung** zur lebensrettenden **Hysterektomie**, insbesondere bei Placenta praevia accreta/increta oder Placenta praevia cervicalis;
- zeitnahe **Hb- und HK-Kontrolle** nach Beendigung der Sectio;
- **lückenlose postoperative Überwachung der Kreislaufparameter** durch kompetentes Personal einschließlich erforderlicher **Laboruntersuchungen.**

## Literatur

1. ACOG Committee Opinion Nr. 266: Placenta accreta. *Obstet Gynecol* 99 (2002) 169–170.
2. Beck A: *Pers. Mitt.*, 2002.
3. Huch A, Chaoui R: Sectio caesarea: In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg.): *Die Geburtshilfe*. 2. Aufl. Springer, Berlin, 2004, 775.
4. Lack N (BAQ): *Pers. Mitt.*, 2005.
5. 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.
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. Welsch H: Müttersterblichkeit. In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg.): *Die Geburtshilfe*. 2. Aufl. Springer, Berlin, 2004, 1057–1071.

## Mitglieder der AG Medizinrecht

- Prof. Dr. D. Berg
- PD Dr. G. Bonatz
- Prof. Dr. J.W. Dudenhausen
- Prof. Dr. W. Geiger
- RAin C. Halstrick
- Dr. iur. U. Hamann
- Prof. Dr. H. Hepp
- Prof. Dr. E.J. Hickl
- Prof. Dr. E. Keller
- Prof. Dr. iur. B.R. Kern
- Dr. H.M. Mörlein
- OSTAin S. Nemetschek
- RA E. Neumann
- Dr. iur. F.J. Pelz
- RA F.M. Petry
- Dr. iur. R. Ratzel
- Prof. Dr. R. Rauskolb
- Prof. Dr. K. Renziehausen
- Dr. jur. P. Rumler-Detzel
- Prof. Dr. T. Schwenger
- Dr. F. Staufer
- Prof. Dr. A. Teichmann,
- Prof. Dr. jur. K. Ulsenheimer
- RA P. Weidinger
- Prof. Dr. H. Welsch

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Hermann Welsch**  
Candidstraße 20  
D-81543 München  
E-Mail [hmwelsch@hotmail.com](mailto:hmwelsch@hotmail.com)