

e Fall

Fruchtwasserembolie: eine dramatische geburts- hilfliche Notfallsituation

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Schwangerschaft und Geburt haben physiologische Einflüsse auf die Gerinnung. Leider können sie aber auch pathologisch sein.

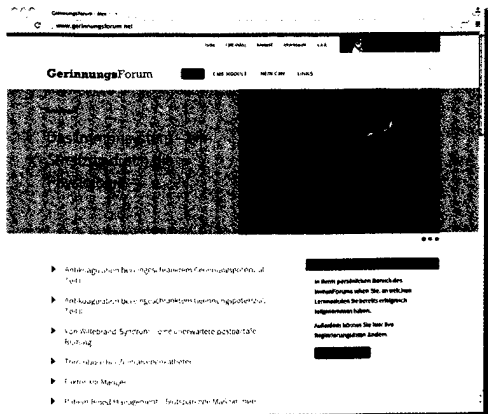
Diese Ausgabe beschreibt in „Der aktuelle Fall“ eine Fruchtwasserembolie mit schrecklichem Ausgang. Hier gehen die noch nicht völlig geklärten pathophysiologischen Veränderungen über die Einflüsse auf die Gerinnung deutlich hinaus – ein seltenes, aber leider meist fatal verlaufendes Ereignis.

Unter „Zum aktuellen Fall“ lesen Sie die Veränderungen der Gerinnung in der Schwangerschaft.

Das „Expertenforum“ setzt den Schwerpunkt auf das Management postpartaler Blutungen (PPH).

Und vergessen Sie nicht: Unter www.immun-forum.net können zum Thema Immunologie ebenfalls CME-Punkte erzielt werden.

Dr. med. Peter Kohler
Facharzt für Anästhesiologie



Eine 35-jährige Erstgebärende meldete sich mit Wehen im Kreißsaal. Sie war in der 40. Gestationswoche und der bisherige Verlauf der Schwangerschaft unauffällig. Die Patientin wurde zur Geburt aufgenommen. Nach mehrstündiger Wehentätigkeit verschlechterte sich das Kardiotokogramm unter der Geburt. Daher wurde entschieden, den Geburtsvorgang per Vakuumextraktion zu beschleunigen.

Das Neugeborene zeigte anfangs einen leicht eingeschränkten APGAR-Wert, der sich jedoch schnell normalisierte. Die Mutter, die die Geburt ohne Probleme hinter sich gebracht hatte, erhielt zur Unterstützung der Uteruskontraktion Oxytocin. Da der Verdacht auf **Plazentarest** in der Gebärmutter bestand, wurde eine **Kürettage** im Kreißsaal durchgeführt.

Plötzliche Veränderungen der Vitalparameter und akut einsetzende Blutung

Kurze Zeit nach der Kürettage – noch im Kreißsaal – wurde die Patientin schnell somnolent und zeigte einen starken Blutdruckabfall mit systolischen Werten < 60 mmHg. Die Herzfrequenz stieg auf Werte um 120 Schläge/min. In direkter zeitlicher Nähe zeigte sich eine neue, deutliche vaginale Blutung. Eine sofort durchgeführte gynäkolo-

gische Untersuchung zeigte einen kontrahierten Uterus sowie keine Hinweise auf eine vaginale Geburtsverletzung oder Plazentarest. Eine akute Lungenembolie oder ein kardiales Ereignis erschienen in Verbindung mit der akuten Blutung unwahrscheinlich.

Vielmehr wurde eine schwere Nachblutung unklarer Ätiologie vermutet. Aufgrund der dramatischen Entwicklung wurde das diensthabende Anästhesieteam notfallmäßig alarmiert. Die somnolente Patientin erhielt sofort Sauerstoff über eine Maske, und es wurde unverzüglich mit einer Volumentherapie mit Kristalloiden und Kolloiden begonnen. Weiterhin wurde der Patientin Blut abgenommen, um Erythrozytenkonzentrate kreuzen und ein Notfalllabor bestimmen lassen zu können.

Notfall-Laparotomie im OP

Nach diesen Maßnahmen wurde die Patientin unverzüglich in den OP verbracht und dort intubiert. Da vaginal keine eindeutige Blutungsquelle identifiziert werden konnte, wurde eine **Laparotomie** zur Exploration durchgeführt. Durch kontinuierliche Volumengabe und Zufuhr von Noradrenalin wurde die Hypotension der Patientin therapiert.

Intraabdominal zeigte sich keine klare Blutungsquelle. Der initial gut kon-

Inhalt

CME-Teil I

Der aktuelle Fall
Fruchtwasserembolie 1–4

Zum aktuellen Fall (Teil I)
Gerinnungsstörungen in der Schwangerschaft 5–7

CME-Teil II

Zum aktuellen Fall (Teil II)
Gerinnungsstörungen in der Schwangerschaft ... 7–8

Expertenforum
Management postpartaler Blutung (PPH) 8–12

