



Fall des Monats – Case of the month August 2020

Pränatal-Medizin München  
Dr. Mommsen, Dr. Gloning

*Insertio velamentosa beim routinemäßigen differenzierten  
Fehlbildungsschall in der 22. Woche und geburtshilfliche  
Konsequenzen*

Pränatal-Medizin im eigentlichen Sinne befasst sich mit der vorgeburtlichen Abklärung möglicher Erkrankungen des Fetus und/oder der Schwangeren, um durch die frühzeitige Erkennung von Problemen auf diese adäquat reagieren zu können und so einen Benefit zu erreichen.

An einem vermeintlich einfachen Fallbeispiel soll gezeigt werden, dass sich Pränatal-Medizin nicht nur mit der komplexen sonografischen und genetischen Abklärung seltener angeborener Erkrankungen des Feten beschäftigt, sondern dass durch eine sorgfältige Diagnostik beim differenzierten Fehlbildungsschall entscheidende geburtshilfliche Konsequenzen gezogen werden können, die helfen, eine schwere Schädigung des Kindes zu vermeiden. Neben der detaillierten Untersuchung der fetalen Anatomie kann die Beurteilung der „Schnittstelle“ zwischen Mutter und Fetus, also Plazenta, Nabelschnur und Eihäute, von entscheidender Bedeutung sein kann.

### Fallbericht

Die 24j Erstgravida stellte sich zum routinemäßigen differenzierten Fehlbildungsschall in der 21 + 4 Woche vor. Es zeigte sich ein sonografisch unauffälliger, zeitgerechter Fetus, ein unauffälliges uteroplazentares Flussprofil sowie eine Hinterwand-Fundus-Plazenta.

Beim Aufsuchen der plazentaren Nabelschnurinsertion war diese an der Vorderwand im unteren Uterinsegment auf der Eihaut darstellbar (Bild 1).

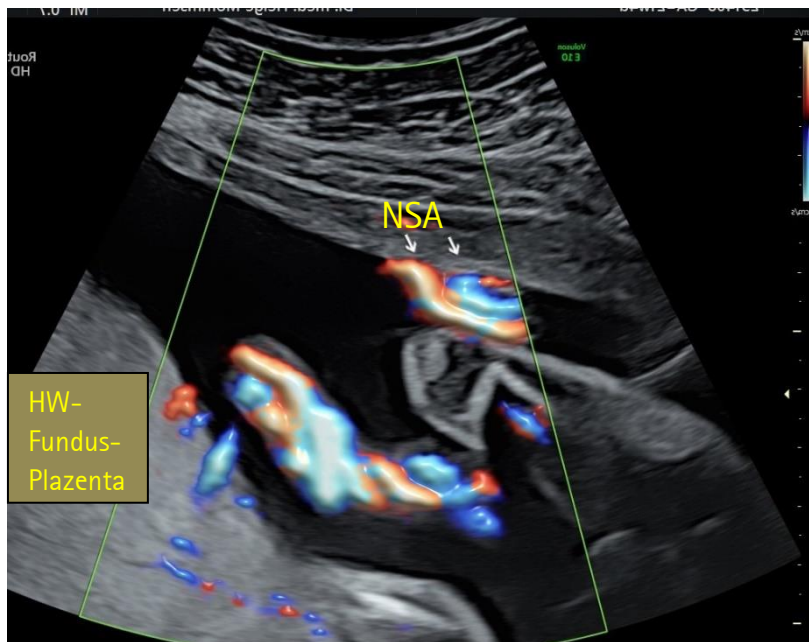


Bild 1

Von dort verliefen die Nabelschnurgefäße frei in den Eihäuten als langstreckige Insertio velamentosa im unteren Uterinsegment zum Unterrand der Hinterwandplazenta (Bild 2). Dabei war deutlich der Verlauf der velamentösen Nabelschnurgefäße über das Os internum zu erkennen (Bild 3).

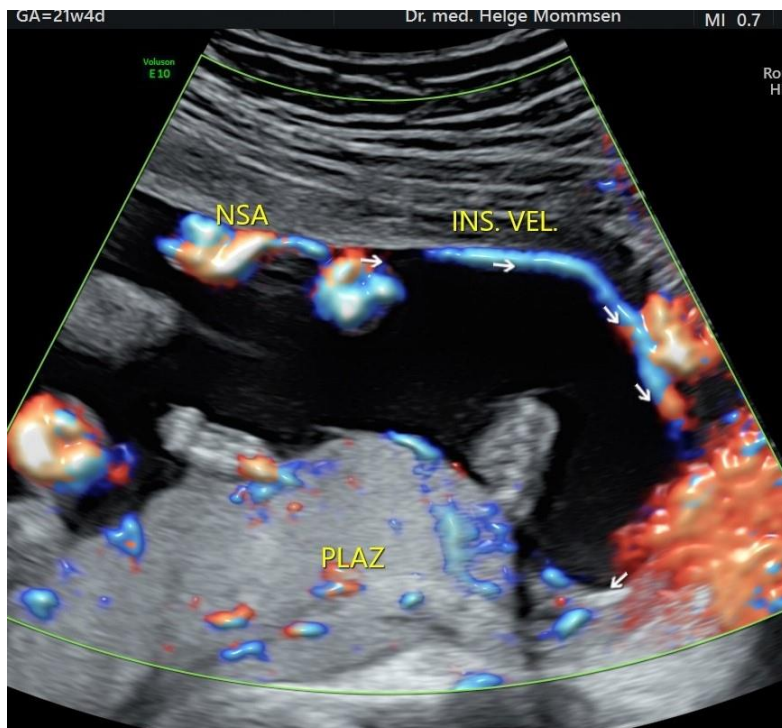


Bild 2

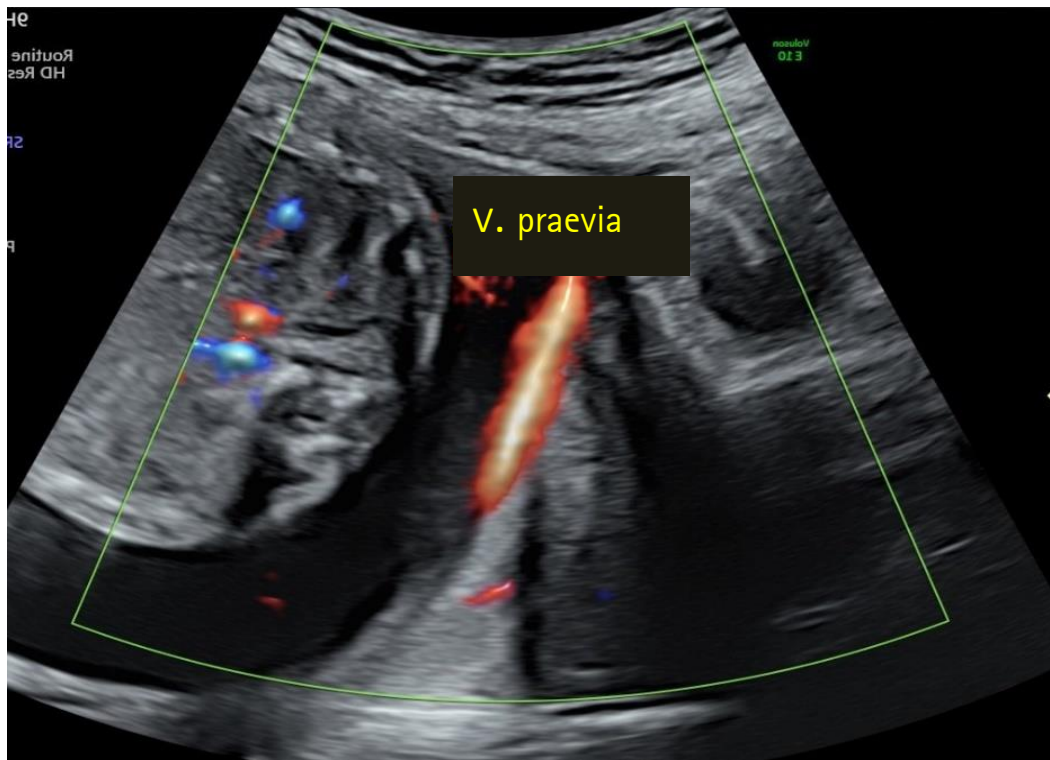


Bild 3

Der Nabelschnuransatz und Verlauf waren in diesem Fall bereits durch die hochauflösende B-Bildsonografie erkennbar, aber erst durch die Hinzunahme des farbkodierten Powerdopplers konnte der Gefäßverlauf genau dargestellt werden.

### Geburtshilfliche Konsequenz und Outcome

Aufgrund der Befunde wurde bereits zu diesem Zeitpunkt die klare Empfehlung zur primären Sectio spätestens mit Erreichen der kindlichen Reife ausgesprochen. Bei der Vorstellung in der Geburtsklinik in der 32. Woche zur Geburtsplanung konnte der Befund aufgrund der Sichtbedingungen nicht reproduziert werden, man verließ sich aber erfreulicherweise auf die von uns ausgesprochene Empfehlung.

Die primäre Sectio erfolgte in der 37 + 4 Woche, die Patientin wurde von einem gesunden 3140g schweren Mädchen (Apgar 8/10/10, pH 7,34) komplikationslos entbunden. Nach der Kindsentwicklung war gemäß den Angaben des Operateurs am offenen Uterus der Verlauf der Nabelschnurgefäße im unteren Uterinsegment und insbesondere über dem inneren Muttermund gut sichtbar, dies ist auch bei der Betrachtung der gelösten Plazenta samt Eihäuten nachvollziehbar (Bild 4).

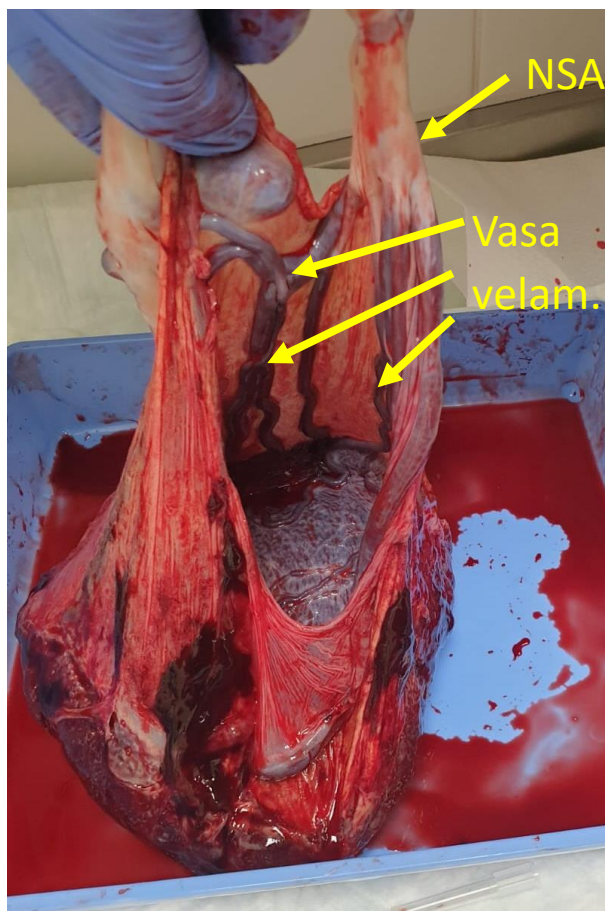


Bild 4

### Zusammenfassung und Fazit

Die Darstellung des placentaren Nabelschnuransatzes gelingt im Rahmen des 2. Screenings fast immer, hierbei ist in aller Regel die Hinzunahme des

Farbdopplers (ggf. Powerdoppler) mit niedriger PRF hilfreich. Man beginnt entweder von einer freien Schlinge aus und „wandert“ Richtung Plazenta oder startet von der Plazentaoberfläche aus unter Verfolgung der oberflächlichen Gefäße bis zum Abgang der Nabelschnur. Sollte hierbei eine Insertio velamentosa auffallen, sollte diese so genau wie möglich hinsichtlich Länge und Verlauf der velamentösen Gefäße eruiert werden: eine eher kurze Insertio velamentosa oberhalb des unteren Uterinsegmentes hat geburtshilflich in aller Regel keine wesentliche Bedeutung. Ein längerer Verlauf in den Eihäuten des unteren Uterinsegmentes mit ggf. sogar Vasa praevia wie im vorliegenden Fall ist völlig anders einzustufen: die Gefahr einer Ruptur dieser Gefäße beim Blasensprung begründet die absolute Sectioindikation. Unabhängig hiervon ist aber auch bei intakten Gefäßen durch den Druck des kindlichen Köpfchens auf die velamentösen Gefäße, die durch ihre Fixierung in den Eihäuten anders als eine vorliegende freie Nabelschnurschlinge nicht zur Seite ausweichen können, während des Geburtsvorganges mit erheblichen Problemen im Sinne von CTG-Pathologien zu rechnen. Daher sollte in Abhängigkeit von der Lage der velamentösen Gefäße auch ohne Vasa praevia eine Sectio ernsthaft in Betracht gezogen werden.

Hier ist zur individuellen geburtshilflichen Einschätzung eine Beurteilung durch einen erfahrenen Pränatal- und Geburtsmediziner ratsam.



*Kommentare und Bemerkungen gerne unter [info@praenatal-medizin.de](mailto:info@praenatal-medizin.de)*