

Multiple subamniotische Plazentazyysten

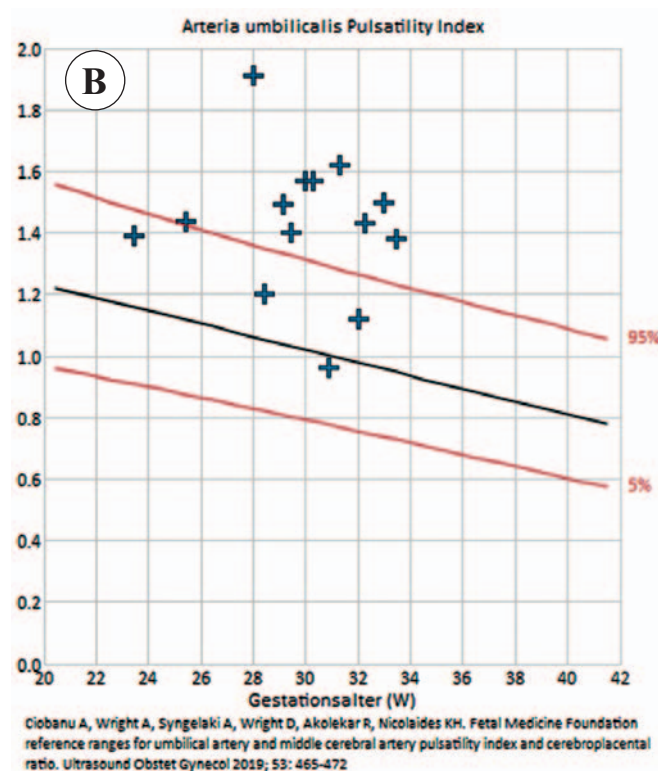
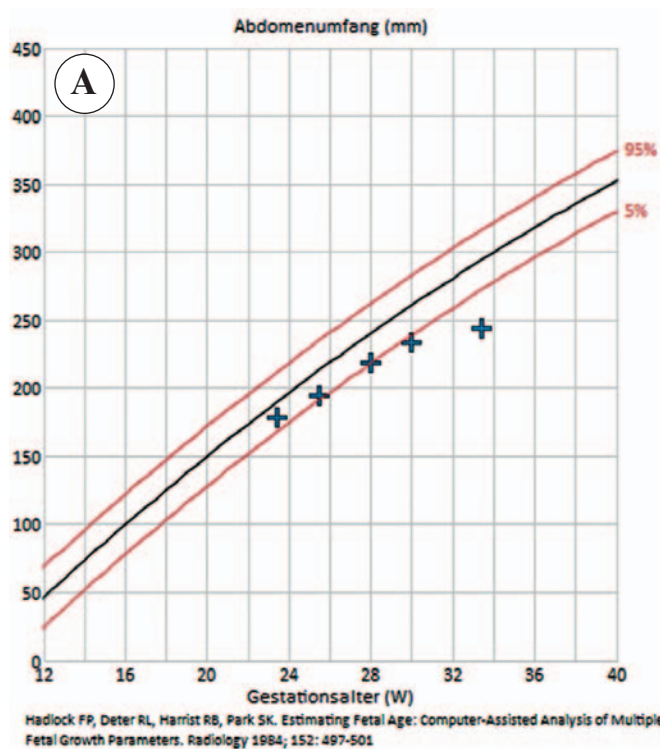
Das war schon etwas schwierig, zumal die Bilder nicht gerade sehr indikativ sind, verstehe. Jedenfalls sieht man im Ultraschall eine dicke Plazenta mit zystischer Oberfläche und die Dopplerbilder zeigen etwas diskordant grosse Nabelschnurarterien und auch die Dopplerindices variieren je nach Ort bzw. Nabelschnurarterie, welche untersucht wurde. Die fetale Biometrie – zumindest bei der Erstbeurteilung – könnte für eine Plazentainsuffizienz sprechen.

Nun, im Verlauf haben sich die Hinweise für eine intrauterine Wachstumsrestriktion verdichtet mit einem late flattening (Perzentilensprung) des Abdomenumfanges (Grafik 1A).

Auffällig waren weiterhin die Dopplerindices, welche zwischen normalen und erhöhten Indices bis hin zu AREDF hin und her schwankten (Grafik 1B, Abb. 1).

Dies war auch der Grund für die elektive Sectio mit 34 Wochen. Das Kind wog 1565 g und lag somit <10. Perzentile.

Makroskopisch hat sich diese zystische Plazentaoberfläche bestätigt und auch sonst war das Plazentaparenchym sehr auffällig mit grossen Infarktarealen. Eine der zwei Nabelschnurarterien versorgte das grösstenteils nekrotische Plazentaareal, während die



Grafik 1. (A) Longitudinale Messungen zeigen die Reduktion der Wachstumsgeschwindigkeit als Hinweis für die Plazentainsuffizienz. (B) Beim Dopplerverlauf sieht man keinen Trend, sondern sehr variable Indices

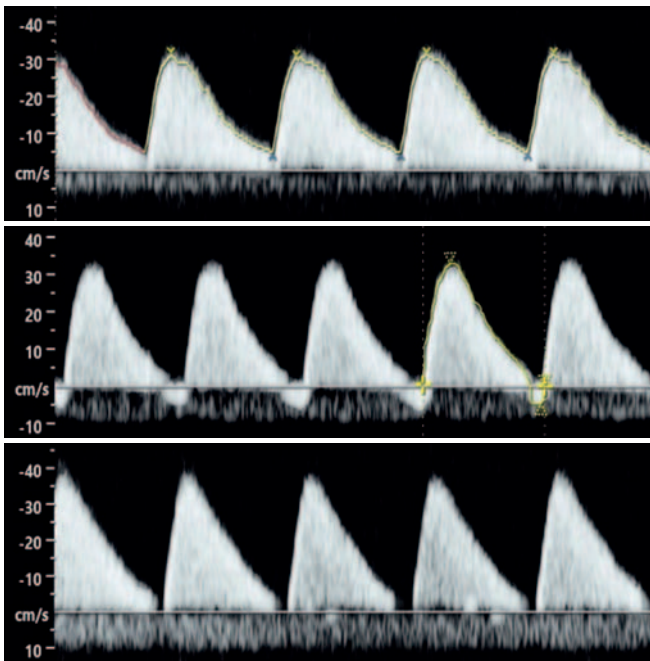


Abb. 1. Variable Dopplerflussmuster, je nachdem welche Arterie untersucht wurde.

andere Arterie zum zystischen Areal zog. Dies könnte auch die Erklärung für die unterschiedlichen Dopplerbilder (Abb. 1) sein.

Die Histologie bestätigte die ischämischen Läsionen, welche etwa 20% der Plazenta ausmachten. Das Plazentagewicht lag erstaunlicherweise nicht < 10. Perzentile. Offensichtlich ist die Läsion früh entstanden und die Plazenta hatte etwas Zeit, um mittels Hypertrophie zu kompensieren. Dies erklärt auch die Plazentadiecke, welche >4 cm war. Obwohl die Pathologen das nicht so genannt haben, könnte es sich hier um eine mesenchymale Dysplasie der Plazenta handeln. Differenzialdiagnostisch muss man pränatal auch an eine Plazenta extrachorialis denken, welche ebenfalls mit Insuffizienz assoziiert ist.

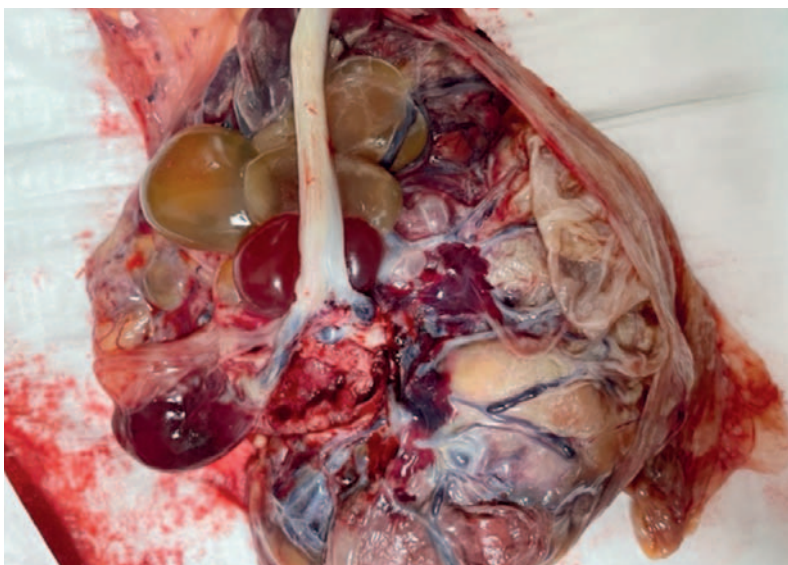


Abb. 2. Makroskopie der Plazenta mit disseminierten Amnionzysten, welche etwa die Hälfte der Oberfläche einnehmen, und die andere Plazentahälfte weisslich als Hinweise für Ischämie. Die Nabelschnur inseriert zentral.