Gynäk. Rdsch. 1968;6:270-271

Die transabdominale Amniozentese

J.-H.

Ravina

Paris

Indikation und Gefahren

Die transabdominale Amniozentese zählt heutzutage zu den routinemässigen Untersuchungsmethoden bei Rhesus-negativen Schwangeren, sofern eine Immunisierung vorliegt. Sie stellt aber einen nicht völlig harmlosen Eingriff dar. Wenn eine amniale Infektion auch kaum eintreten dürfte -weshalb auch Antibiotikaverabreichung durchaus überflüssig ist – besteht dagegen die Möglichkeit der Verletzung der Plazenta, der Nabelschnur und des Feten. Was die Plazenta anbetrifft, sind praktisch einzig die Verletzungen von Gefässen der Chorialplatte von Bedeutung: Intraamniotische Blutungen, aber auch retroplazentare Hämatome mit mehr oder weniger ausgedehnter Plazentalösung mit sekundärer kindlicher Asphyxie wurden beobachtet. Eine transplazentare Amnionpunktion dürfte jedoch meistens keinen ernststen Zwischenfall auslösen [Kubli]. Es wurde aber andererseits nachgewiesen, dass die Plazentapunktion fetomaternelle Mikrotransfusionen bedingen kann.

Dank der Beweglichkeit der Nabelschnur sind deren Verletzungen selten: Sie stellen jedoch einen ernststen Zwischenfall dar und kommen bei Fällen von Nabelschnurumschlingung zustande. Läsionen des Fetus mit Anstich des Herzens, der Leber oder des Auges wurden – wenn auch als Seltenheit – beschrieben.

Technisches Vorgehen

Die Lokalisation der Plazenta mittels Radioisotopen ist wünschenswert. Man soll sich jedoch vergegenwärtigen, dass deren Genauigkeit keine absolute ist. Mehrere Autoren halten diese Massnahme für unnötig, und es scheint auch, dass Zwischenfälle nicht häufiger auftreten. Der Verfasser ist der Meinung, dass man unter Umständen darauf verzichten dürfte.

Originaltitel: L'amniocentèse transabdominale.

Ravina

271

Übrigens liesse sich eine tiefsitzende Vorderwandplazenta auch klinisch diagnostizieren.

Die transabdominale Amniozentese lässt sich an drei verschiedenen Stellen durchführen:

Periumbilical, in der Höhe der Halsfurche und suprasymphysär. Die suprasymphysäre Amniozentese stellt die Methode der Wahl dar: Sie gelingt praktisch immer, das Risiko einer Plazentaläsion ist praktisch null, und es wird kaum zur Verletzung der im Fruchtwasser frei flottierenden Nabelschnur kommen. Das einzige absolute Gebot ist der vorgängige

Katheterismus der Blase, die einzige Kontraindikation ist eine tiefsitzende Vorderwandplazenta. Selbstverständlich wird diese Methode bei tief- und feststehendem Kopf unmöglich, was aber kaum zu einem Zeitpunkt vorkommt, wo die Indikation zur Punktion besteht. Die Patientin befindet sich in leichter Trendelenburglage, der vorangehende Teil wird mit der Hand hochgeschoben, und die Nadel wird in der Medianlinie wenige cm oberhalb der Symphyse, senkrecht zur Hautoberfläche oder leicht kaudalwärts, eingestochen. Man soll sich nur davor

hüten, zu tief einzugehen: Es könnte zur Verletzung einer tiefsitzenden Hinterwandplazenta kommen, deren Diagnose sowohl klinisch wie auch mit Hilfe der Radioisotopen schwierig sein kann. Die Punktion in der Höhe der Halsfurche misslingt relativ häufig, da die entsprechende Fruchtwassertasche klein ist.

Die periumbilicale Amniozentese erfolgt ziemlich blind, und die Gefahr von Verletzung des Fetus, der Plazenta oder der Nabelschnur scheint dort relativ hoch zu sein.

Selbstverständlich wird unter strenger Asepsis vorgegangen. Es wird auf Lokalanästhesie oder Prämedikation verzichtet. Es wird mit einer Lumbalpunktionsnadel eingestochen und nach Entfernung des Mandrins die Amnionflüssigkeit mit einer Spritze aspiriert. Eine geringe Blutbeimischung stammt meistens aus der Uteruswand und ist an sich belanglos. Bei suprasymphysärem Eingehen ist ein Misserfolg höchst selten.

P. Crevoisier

Aus: Presse méd. 76: 331-332 (1968); cit. Gynäk. Rdsch. 6: 270-271 (1968)