

# Schwere postpartale Hämorrhagie Kasuistik

**Immanuel Klinikum Bernau  
Herzzentrum Brandenburg  
Abteilung für Gynäkologie & Geburtshilfe  
Susanne Lehmann**



- 27-jährige I-Gravida, keine Vorerkrankungen, Schwangerschaftsverlauf unauffällig
- Erstvorstellung bei 39+5 SSW bei V.a. Retardierung, sonographisch zartes Kind, eher SGA als IUGR
- Geburtseinleitung bei 41+0 SSW mittels Misoprostol nach Klinikstandard
- Geburtswirksame Wehentätigkeit am Nachmittag des Aufnahmetages
- 20:29 Uhr Spontangeburt lebensfrisches Mädchen, 2726 g, 50 cm, 34,5 cm Apgar 9/9/10 - pH 7,34

- Gabe von 3 IE Oxytocin i.v. (Klinikstandard)



- Geburt der Placenta unter cord traction  
Placenta aufgebrochen, aber vollständig wirkend
- Besonderheit:  
Patientin äußert Schmerz, dann kurze  
Bewusstseinstrübung (3 sec.) bei Placentageburt,  
danach wieder adäquat

## Kasuistik, Placentarperiode 2

- im Verlauf zu starke vaginale Blutung
- Ursachensuche:
  - keine Geburtsverletzung
  - Laborwerte vor Entbindung regelrecht (Thrombozyten, Gerinnung)
  - Fundus mäßig fest
  - Placenta aufgebrochen, wirkte vollständig
- Parallel zur Ursachensuche:
  - 2. Flexüle, BE mit Kreuzblut, Jonosteril
  - Oxytocininfusion
  - Einmalkatheterisierung (wenig Urin)
  - Misoprostol 800 mg rectal
- Bei persistierender Blutung ( Schätzung BV ca. 1000 ml)  
Entschluss zur Nachcurettage

# Kasuistik – weiterer Verlauf 1

- Nachcurettage, Beginn um 21:53 Uhr
  - instrumentelle Nachtastung
  - Gewinnung von reichlich Koageln aus dem Cavum  
Gabe von Sulproston (Nalador) zur Uterustonisierung  
darunter Sistieren der Blutung
  - insgesamt hoher Blutverlust  
Beginn Transfusion (4 Erythrozytenkonzentrate)
- Patientin wird intubiert und beatmet auf die Intensivstation verlegt



## Kasuistik - weiterer Verlauf 2

- 1:30 Uhr Patientin kreislaufstabil auf der ITS, aber: vaginale Blutung zu stark
  - Hb fallend in den seriellen Kontrollen
  - palpatorisch Fundus N-3,
  - sonographisch V.a. intracavitäres Koagel
- Entschluss zur erneuten Curettage, Beginn 1:55 Uhr
  - erneut Gewinn von reichlich Koageln, hoher Blutverlust
  - Einlage eines Bakri-Katheters frustran
  - Gabe von Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentraten
  - bei mäßig festem Uterus Gabe von Pabal (Oxytocinagonist)
  - Blutung sistiert
- Patientin wird kreislaufstabil auf die ITS verlegt

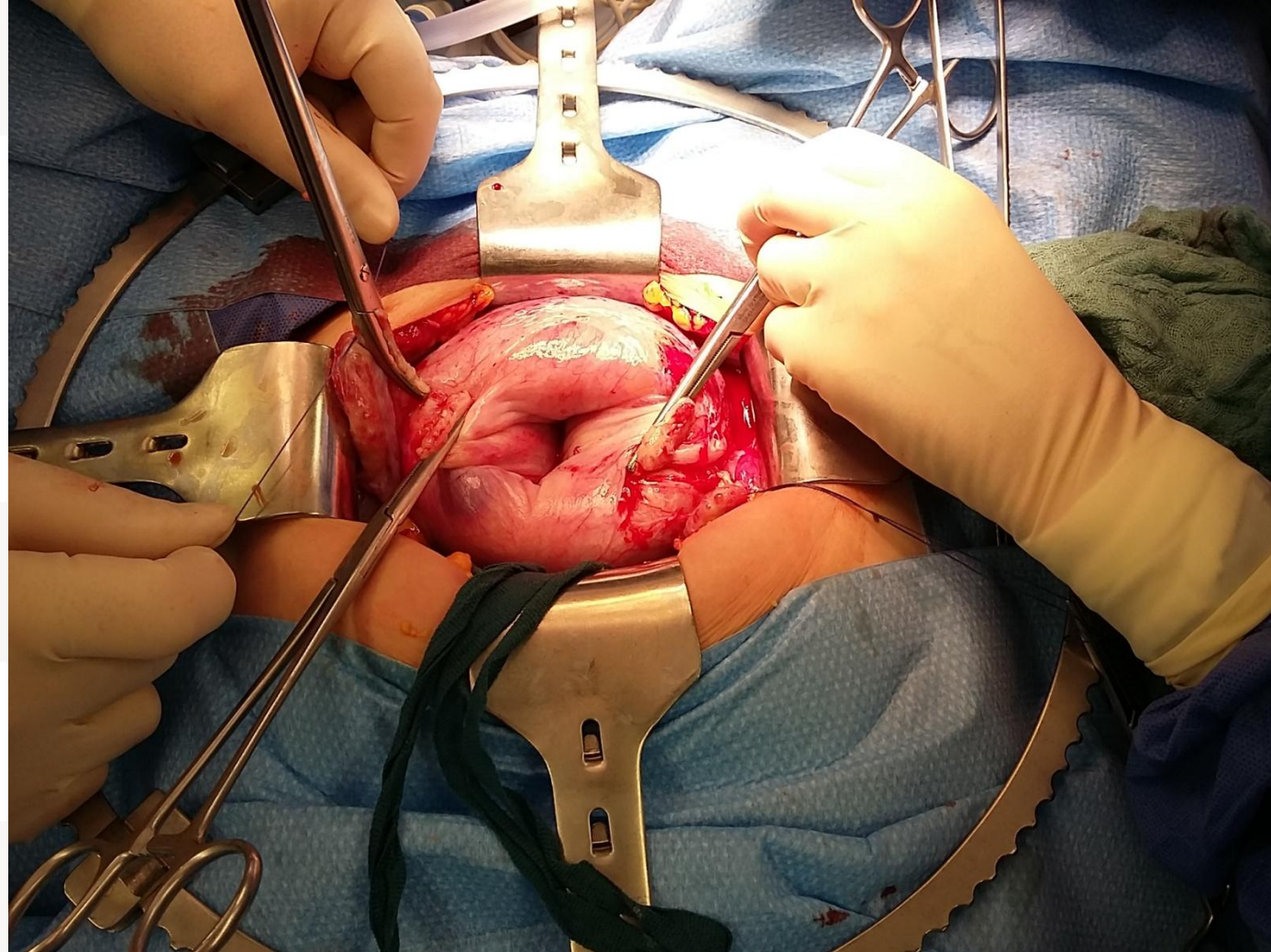


## Kasuistik – weiterer Verlauf 3

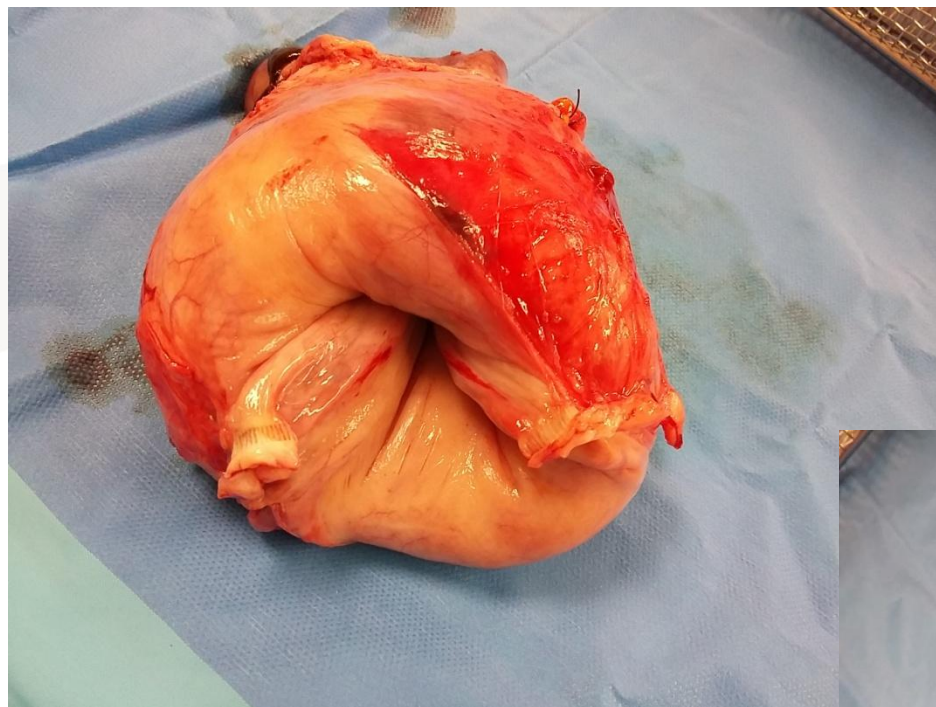
- 4:00 Uhr Ruf der ITS wegen Hb-Abfall (8,0 ->4,1 mmol/l)
- vaginale Blutung zu stark, Fundus nicht fest, sonographischer Befund idem
- Kreislaufsituation verschlechtert sich trotz der intensivmedizinischen Maßnahmen
- -> Entschluss zur Hysterektomie



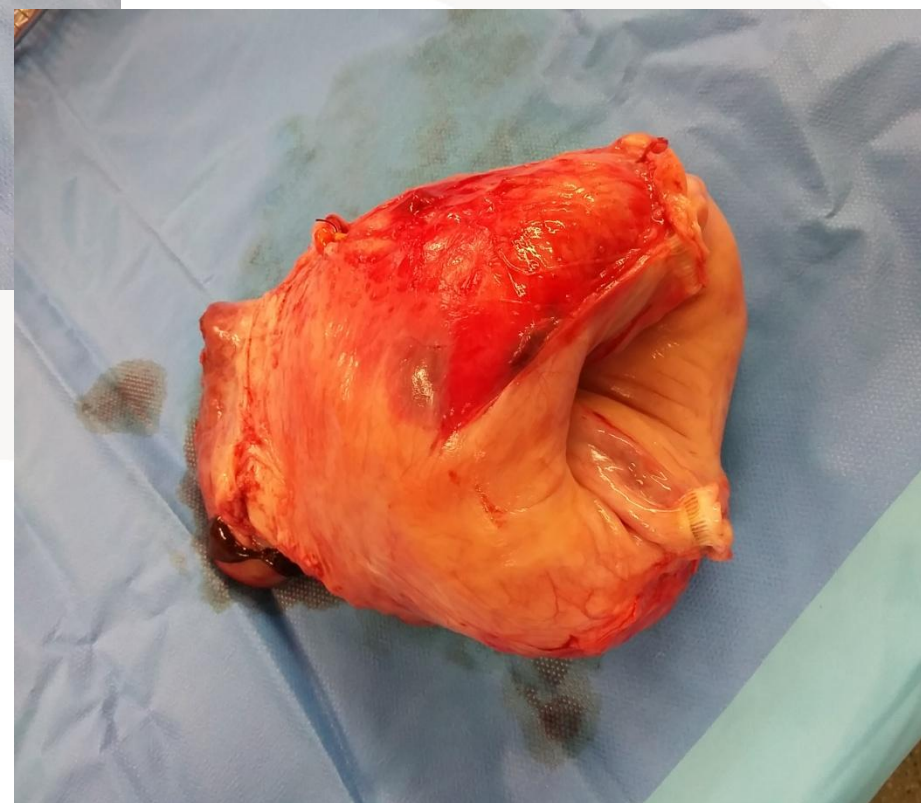
# Intraoperativer Situs







## Intraoperatives Resektat



## Fixiertes Präparat

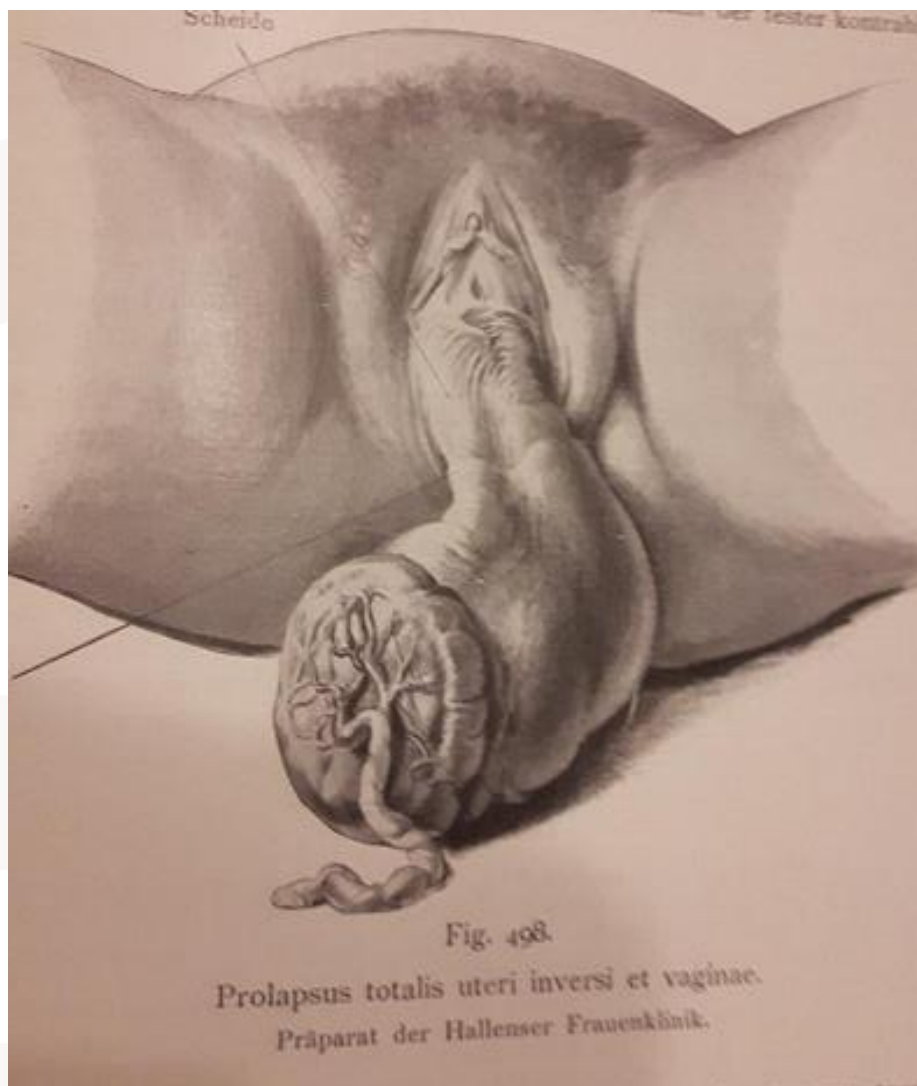


# Kasuistik - postoperativer Verlauf 1

- Intensivmedizinische Betreuung über 36 Stunden
- Extubation bereits wenige Stunden postoperativ
- Intensives Bonding: Partner und Kind auf der ITS
- Frühzeitiger Beginn des Stillens
- Am Folgetag Rückverlegung der Patientin auf die Wochenstation, Familienzimmer

## Kasuistik – postoperativer Verlauf 2

- hochmotivierte Patientin, Unterstützung durch Partner
- zügige Mobilisation möglich, rasche körperliche Rekonvaleszenz
- ausführliche Gespräche über Verlauf und Befunde erfolgt
- psychologische Gespräche erfolgt
- Entlassung am 6. postoperativen Tag bei körperlichem und emotionalem Wohlbefinden



## Inversio uteri

**Inzidenz:**  
**1: 5000 bis 1: 400000**

aus: E.Bumm: Grundriss zum  
Studium der Geburtshilfe



## Classification



**1<sup>st</sup> Degree**  
- Inverted fundus  
up to cervix



**2<sup>nd</sup> Degree**  
- Body of uterus  
protrudes through  
cervix into vagina



**3<sup>rd</sup> Degree**  
- Prolapse of  
inverted uterus  
outside vulva



# Inversio uteri

