

## 7. Placentainsuffisiens

I patologisk hverdagen blir vi ofte konfrontert med placentamateriale sendt inn med klinisk spørsmål om insuffisiens.

Kriteriet for klinikerne er som ofte vekstretardasjon av barn eller/og placenta, strømningsforandringer ved dopplerflow-undersøkelse i føtale eller uteroplacentare kar, tegn til hypoksi i føtale blodanalyser eller CTG-undersøkelse.

Definisjon av 'placentainsuffisiens' er uenhetlig i de forskjellige fagdisiplinene.

Patologisk-anatomisk defineres placentainsuffisiens som et misforhold mellom krav og tilbud av utskiftningsmuligheter p.g.a. morfologisk påvisbar organskade.

Mange klinisk diagnostiserte forandringer står i sammenheng med det materno-placentare kretsløpet som ikke kan ses i placentaparenchymet.

Alikevel er det mulig å bruke det definerte strukturelle mønsteret sammen med kliniske opplysninger om sykdomsprosessen for å trekke konklusjoner og for å konkludere med funksjonsforstyrrelse i placenta.

Essentiell i vurderingen er å bruke standardmål av placenta som organstørrelse, tottemodning, fibrinavleiringer (hvor mye og hvor lokalisert), karforandringer og totteoverflaten. Man kan stole på representativ uttatte snitt fra makroskopisk upåfallende parenchymarealer p.g.a. morfometriske forskningsresultater.

<sup>1</sup>Indirekte tegn til sirkulasjonsprosessen og sirkulasjonsforstyrrelser i det maternoplacentare kretsløpet er ofte kombinert med kompensatoriske mekanismer.

Placenta er et dynamisk organ med stor evne å tilpasse seg ulike utfordringer. Organet kan være forstørret eller totter kan være for tidlig moden.

I løpet av svangerskapet vil parenchymet tilpasse seg ulike situasjoner i ulike stadier av svangerskapet. Av det grunn vil man finne parenchymatologi også i en placenta med velskapet foster og normal fødsel.

Såsnart kompensasjonsmekanismer svikter finner en manifesterte intraplacentare forandringer som tegn til en placentainsuffisiens. Diagnostiske hjelpemidler til diagnosen er basafatens størrelse og placentas vekt som kan være for lite eller for stor. Det kan ses tottemodningsforstyrrelse (mellomtottemangel eller chorangiose type 1) som øker diffusjonsavstanden mellom materno-føtale blodsirkulasjonen og i følge sirkulasjonsforstyrrelse med intravasale tromber i føtale kar eller/og tottestromafibrose med infarkter,.

Forandringer i placentas funksjonen er som oftest en kombinasjon av avvik av flere referanseverdier.

Patologisk-anatomiske strukturforandringer er ofte direkt relatert til dopplerflow-foandringer i uteroplacentare eller føtale kar.

---

Gille J (1985) 'Kritische Gedanken zur Plazentainsuffizienz'. Med Klin 80:148-152.

Kuss E (1987) Was ist 'Das Plazentainsuffizienzsyndrom'? Geburtshilfe Frauenheilkd 47: 664-670

H. Fox 'The histopathology of placental insufficiency' J.clin.Path., 29, Suppl. (Roy.Coll.Path.),1976,10,1-8

Bender H G 'Quantitative morphological aspects of placental insufficiency' Archiv für Gynäkologie, vol: 219. 1975 Nr.1-4 , 365-7.