

 SØRLANDET SYKEHUS				Medisinsk serviceklinikk		Generelt dokument	
Uttak av placenta, Leger. Avd. for patologi. SSK						Side 1 av 2	
Dokumentplassering: II.MSK.Pat.2.6.1-11			Godkjent dato: 12.02.2025	Gyldig til: 12.02.2027	Dato endret: 12.02.2025	Revisjon: 5.00	

Medisinsk serviceklinikk/Avd for patologi SSK/Pasienter og brukere/Legeprosedyrer/Makro

DISTRIBUSJONSLISTE: EK

ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Endret pkt. under snittuttak ang. navlesnor

HENSIKT

Beskrive fremgangsmåte ved undersøkelse og snittuttak av placenta.

OMFANG

Leger og spesialbioingeniører.

UTFØRELSE

1. Ta preparatet ut av beholderen. Forsikre deg om at ingen deler av preparatet ligger igjen i beholderen, hell evt. ut formalinen ved behov.
2. Les kliniske opplysninger på remissen.
3. Bruk makromal for placenta.
4. Navlesnor:
 - Feste (velamentøst, marginalt, eksentrisk eller sentralt). Angi avstand fra feste til placentaranden ved kort avstand. Ved velamentøst feste, måles lengden av de velamentøse karene. Furcate/forgrenet feste (forgrening av navlesnorskarene før festepunktet på placenta som en gaffel) bør også bemerkes.
 - Lengde og diameter.
 - Antall kar.
 - Spiralisering (antall spiraliseringer per 10 cm).
 - Beskriv evt. andre lesjoner, for eksempel hematom, ruptur av kar, trombose eller ekte knute.
5. Hinner: Vanligvis gjennomskinnelige og marginalt festet. Evt. misfarging eller retromembranøse hematomer beskrives. Avvikende feste (circumvallat/circummarginat placenta) kommenteres med angivelse av prosentandel av omkretsen som er affisert. Ved spørsmål om placenta previa måles avstand fra ruptursted til placentakanten.
6. Nettovekt: Placentavekt etter at hinner og navlesnor er trimmet vekk.
7. Placentamål: Måles i to perpendikulære akser og minste og største tykkelse. Evt. aksessoriske lapper måles separat.
8. Føtal flate: Vanligvis glinsende. Se etter og beskriv evt. kartromber.
9. Maternell flate: Normalt er den maternelle flaten inndelt i kotelydoner adskilt av inkomplette septa. Er den maternelle flaten hel eller mangler det vev? Hematomer? Ved retroplacentær blødning skal evt. impresjon av parenkymet bemerkes og måles (lengde og bredde) eller prosent av maternelle flate angis.
10. Snittflate: Placenta skjæres i parallelle skiver med cirka 1 cm tykkelse. Snittflaten beskrives. Vanligvis er snittflaten rødbrun uten fokale forandringer. Makroskopiske lesjoner skal beskrives med enten et estimat av volumprosent av parenkymet som er affisert eller et mål på de to største dimensjonene av hver lesjon. En eller flere? Sentralt eller perifert?
11. Evt. separatliggende koagler måles og veies.

Snittuttak:

- Barnenær (sorttusjet) og placentanær navlesnor.
- Hinnerull fra ruptursted til placentakant.
- Navlesnorsfestet med underliggende parenkym, inkl. maternelle flate.
- To gjennomgående snitt fra placentaparenkym fra sentrale 2/3. Todel snittet ved behov.

DokumentID:D37566

Utarbeidet av: Katrine Thesen	Fagansvarlig: Katrine Thesen	Godkjent av: Avdelingssjef Hilde Bjørnestøl Hansen	Verifisert av: 12.02.2025 - Linda Kvelland Skaara, 06.10.2020
---	--	--	---

 SØRLANDET SYKEHUS	Uttak av placenta, Leger. Avd. for patologi. SSK				Side: 2 Av: 2
Dokumentplassering: II.MSK.Pat.2.6.1-11	Utarbeidet av: Katrine Thesen	Fagansvarlig: Katrine Thesen	Godkjent dato: 12.02.2025	Godkjent av: Avdelingssjef Hilde Bjørnestøl Hansen	Revisjon: 5.00

Medisinsk serviceklinikk/Avd for patologi SSK/Pasienter og brukere/Legeprosedyrer/Makro

•Annet: Snitt fra hver type lesjon med tilgrensende normalt parenkym. Minimum ett snitt fra område med retroplacentært hematom.

Ved fusjonert tvillingplacenta, transfusjonssyndrom, spørsmål om abruptio placentae, maternal floor infarkt/gitterinfarkt, ekte knute eller trombose i navlesnorskar, rådfør deg med overlege (IRS/KT).

Fotodokumentasjon kan være hensiktsmessig, og ev. bilder legges som vedlegg i LVMS under aktuell prøve.

Tvillingplacenta

Som hovedregel beskrives hver placenta eller placentadel for seg med angivelse av hvilken tvillingen den tilhører. I tillegg beskrives evt. skillevegg avhengig av type tvillingplacenta. Trilling og firlingplacenta følger samme prinsipp. Det finnes fire ulike typer tvillingplacentaer:

1. Dichorional diamnional tvillingplacenta i to adskilte deler.
2. Dichorional diamnional tvillingplacenta, fusjonert.
3. Monochorional diamnional tvillingplacenta
4. Monochorional monoamnional tvillingplacenta

-To adskilte placentaer (1): Beskrives hver for seg som angitt over.

-Ved to separatliggende placentaer i samme beholder eller fusjonerte placentaer –er placentaene merket? I beskrivelsen må hver placentadel betegnes på en slik måte at det fremgår hvilke snitt som hører til hvilken del.

-Ved fusjonert placenta (2-4):

Føtal flate: Hvor stor andel av placenta som tilhører hver av tvillingene bestemmes av vaskulært territorium (vaskulær ekvator), ikke av skilleveggen. Evt. karanastomoser beskrives. De to placentadelene skilles langs vaskulær ekvator etter snittuttak fra skillevegg og måles og veies hver for seg.

Snittflate: Bemerk evt. fargeforskjeller i parenkymet mellom tvilling A og B.

Snittuttak:

- Ved fusjonert dichorional diamnional tvillingplacenta og monochorional diamnional tvillingplacenta: Start alltid med T-snitt og hinnerull fra skillevegg.
- Rutinesnitt som beskrevet over for hver tvilling.

EKSTERNE REFERANSER:

Khong TY et al. Sampling and Definitions of Placental Lesions: Amsterdam Placental Workshop Group Consensus Statement. Arch Pathol Lab Med. 2016 Jul; 140(7):698-713.

Lester SC (ed). Manual of Surgical Pathology, Saunders Elsevier, 2010.

Baergen, R. Manual of Pathology of the Human Placenta (2nd ed.). Springer, 2011.