

Kasuistik

Konservativ behandling af en gravid kvinde med inkarcereret retroflektet uterus

Mary Le Ngo^{1, 2, 3}, Hanne Brix Westergaard³ & Christentze Schmiegelow^{3, 4}

1) Gynækologisk og Obstetrisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Slagelse Hospital, 2) Københavns Akademi for Medicinsk Uddannelse og Simulering (CAMES), Københavns Universitetshospital – Rigshospitalet, 3) Gynækologisk og Obstetrisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Nordsjællands Hospital – Hillerød, 4) Center for Translationel Medicin og Parasitologi, Institut for Immunologi og Mikrobiologi, Københavns Universitet

Ugeskr Læger 2024;186:V02240090. doi: 10.61409/V02240090

Inkarceration af den gravide uterus er en sjælden obstetrisk komplikation. Under normale omstændigheder vil den gravide retroflektede uterus spontant vokse ud af bækkenet i løbet af første trimester. Ved inkarceration forbliver uterus retroflektet i andet trimester, og pga. den tiltagende størrelse fikses den i bækkenet, klemt inde mellem symfyse og det sakrale promotorium.

Incidensen er 1:3.000-10.000 graviditeter [1]. Der er øget risiko for inkarceration ved uterusanomalier, store fibromer og andre tilstande, hvor uterus fikses posterior (f.eks. adhærencer pga. bækkenkirurgi, intraabdominale infektioner og endometriose) [1].

Symptomerne skyldes øget tryk på de omkringliggende strukturer og omfatter urinretention, forværring af obstipation og/eller smerter. Tilstanden diagnosticeres ud fra sygehistorie, objektiv undersøgelse inkl. gynækologisk undersøgelse samt transvaginal UL- eller MR-skanning.

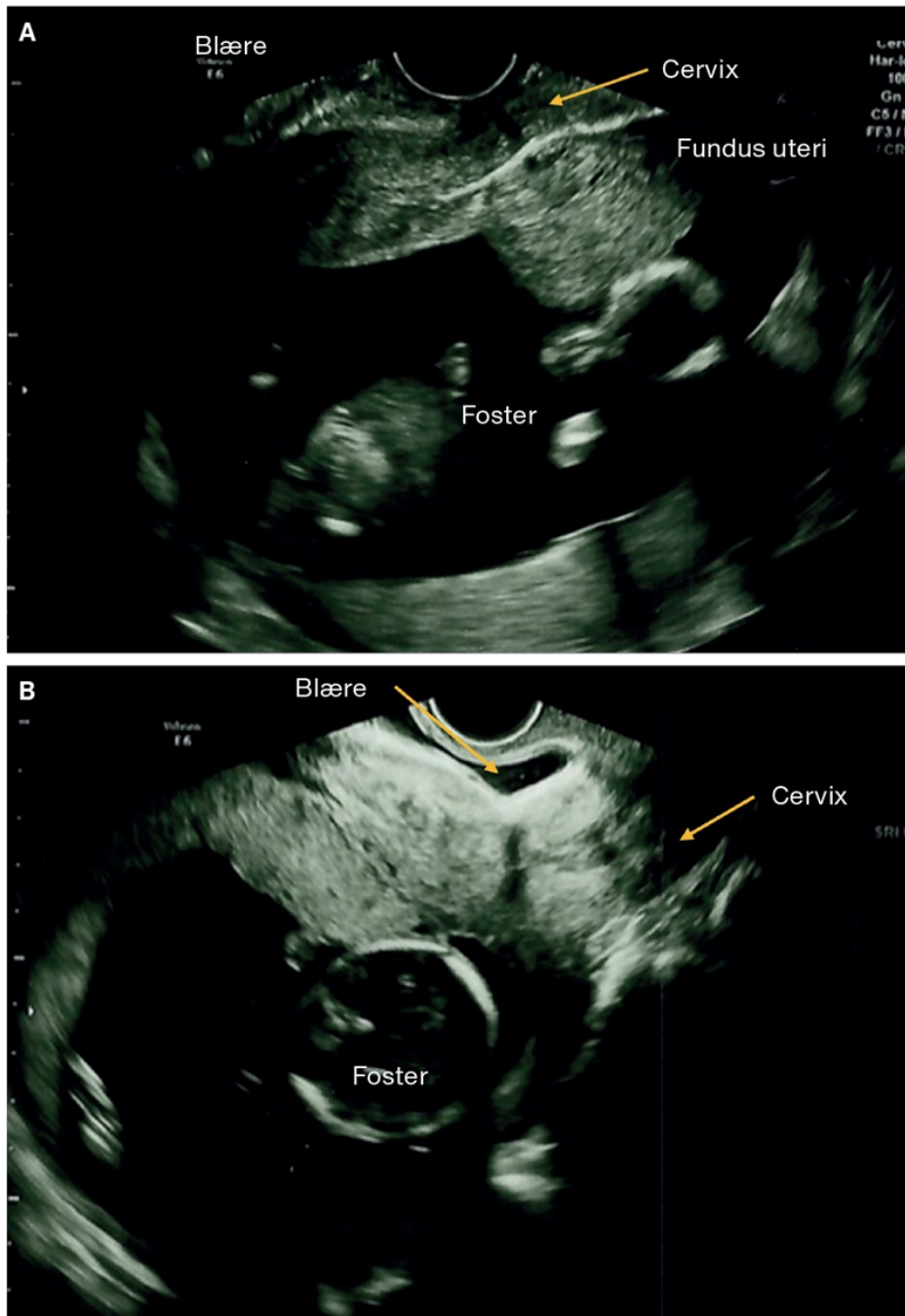
Sygehistorie

En 35-årig andengangsfødsende, som tidligere havde fået foretaget sectio, men ikke havde andre kendte risikofaktorer, var til jordemoderkontrol i gestationsalder (GA) 16+3 og berettede om tilbagevendende urinretention uden vandladning i over 12 timer. Hun blev henvist til akut obstetrisk vurdering. Hun havde ikke tidligere haft urinretention. Af egen læge var hun blevet vejledt om alternative stillinger til vandladning, men der var ikke foretaget en objektiv undersøgelse. Patienten havde ikke smerter, men beskrev vandladningsbesvær, som var blevet gradvist forværret fra GA 10. Hun måtte bruge bugpressen eller lade vandet, mens hun stod op, for

at kunne tømme blæren, og det var vanskeligst om morgenen.

På hospitalet blev der anlagt et permanent kateter à demeure (KAD), og blæren blev tømt for 950 ml klar urin. Ved abdominal palpation var uterus mindre end forventet. Ved transvaginal UL-skanning fandt man en intrauterin graviditet svarende til GA. Fundus uteri var beliggende i fossa Douglasi og med cervix aflang og udtyndet (**Figur 1A**). Ved den gynækologiske undersøgelse fandtes uterus øm og posteriort placeret. Patienten blev diagnosticeret med inkarcereret uterus, og man forsøgte uden held at manipulere uterus ud af bækkenet. Pga. GA og stor urinretention blev KAD bibeholdt i 48 t., og i et forsøg på at ryste uterus ud af bækkenet blev patienten anbefalet at udføre yogastillingen downward facing dog. Her står man på alle fire med strakte ekstremiteter og med sædet i vejret. Patienten udførte yogaøvelsen a fem minutters varighed. Ved kontrol to dage senere seponeredes KAD, og patienten havde ikke længere urinretention. Ved abdominal palpation var uterus svarende til GA. Ved transvaginal UL-skanning fandt man uterus mere anteflekteret med et levende foster (**Figur 1B**). Patienten blev anbefalet vandladning hver tredje time. Til gennemskanningen så man en fortsat normal udviklet graviditet.

FIGUR 1 A. Transvaginal UL-skanningsbillede af uterus før reponering i gestationsalder (GA) 16+3. Blæren, fundus og cervix uteri samt fosteret er markeret. Der ses en langstrakt og udtyndet cervix. **B.** Uterus efter reponering i GA 17+2. Fundus uteri er ude af bækkenet. Cervix ses mindre udtyndet.



Diskussion

Man bør få mistanke om inkarceration af uterus, hvis der opstår urinretention tidligt i graviditeten. Tilstanden er alvorlig og kræver tidlig diagnostik og rettidig håndtering. Ubehandlet kan den føre til obstetriske komplikationer, da uterus trykker på og kompromitterer blodforsyningen af a. uterina, hvilket kan give anledning til abort, intrauterin væksthæmning, oligohydramnion, præmatur fødsel og sjældnere tilfælde uterusruptur og -iskæmi [1, 2]. Hvis tilstanden persisterer til termin, vil dette som oftest føre til dystoci under fødslen – og dermed sectio. Ved sectio er der øget risiko for iatrogen blærelæsion [3].

Reponering af den retroflekerede uterus bør først udføres i andet trimester, da den retroflekerede uterus i mange tilfælde vil »rejse sig« spontant. Efter GA 20 anbefales det ikke at forsøge reponering, idet uterus er for stor, og reponeringen kan derfor medføre øget risiko for præterm fødsel [1]. Initialt kan der forsøges med passiv konservativ behandling, som beskrevet. Hvis dette ikke har effekt, kan UL-vejledt manuel vaginal reponering forsøges under smertedække, f.eks. morphin, alternativt i generel anæstesi. Der er i én kasuistik beskrevet succesfuldt udført reponering med en Bakriballon i vagina [3]. I flere tilfælde, hvor disse metoder ikke var effektive, er der i flere tilfælde succesfuldt udført reponering ved koloskopi til sigmoideum på niveau med uterus [4]. Ved dette manipuleres uterus ud af bækkenet.

I meget sjældne tilfælde er laparoskopisk manipulation af uterus nødvendig ved træk på de rotunde ligamenter samtidigt med manuel vaginal reponering. Når først uterus er reponeret, forbliver den med stor sandsynlighed »udrettet«. I fremtidige graviditeter er der risiko for gentagelse [5].

Korrespondance *Mary Le Ngo*. E-mail: mary.ngo@hotmail.com

Antaget 6. august 2024

Publiceret på ugeskriftet.dk 16. september 2024

Interessekonflikter Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2024;186:V022400900.

doi 10.61409/V02240090

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Conservative management of an incarcerated uterus in a pregnant woman

Incarceration of a retroverted uterus is a rare, but harmful obstetric complication increasing foetal mortality and maternal morbidity if untreated. In this case report, a pregnant woman at 16+3 presented with urine retention. Assessment showed an incarcerated uterus due to

retroversion. To facilitate mobilisation of the uterus, she performed the yoga position Downward facing dog and had a permanent catheter inserted for 48 hours. The procedure was successful. This case report addresses the diagnosis, management, and risk of an incarcerated retroverted uterus in pregnancy. We aim to raise awareness, facilitate early diagnosis, and promote the conservative treatment.

REFERENCER

1. Ntafam CN, Beutler BD, Harris RD. Incarcerated gravid uterus: a rare but potentially devastating obstetric complication. *Radiol Case Rep.* 2022;17(5):1583-1586. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2022.02.034>
2. Chang L, Wang F. Incarceration of the gravid uterus. *Am J Obstet Gynecol.* 2023;229(2):176-177. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.02.003>
3. Abelman SH, Jayakumaran JS, Sigdel M, Baxter JK. Incarcerated gravid uterus liberated by placement of a vaginal balloon. *Obstet Gynecol.* 2022;140(5):898-900. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004964>
4. HF Højgaard, JM Krzak, J Christensen, Andersen B. Stranguleret retroflekeret gravid uterus behandlet succesfuldt med koloskopi. *Ugeskr Læger.* 2012;174:3016-3017.
5. Van der Tuuk K, Krenning RA, Krenning G, Monincx WM. Recurrent incarceration of the retroverted gravid uterus at term – two times transvaginal caesarean section: a case report. *J Med Case Rep.* 2009;3:103. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-3-103>