

# Defekt i uterotomi efter tidligere sectio

Reservelæge Elise Hoffmann Munk Nielsen, afdelingslæge Karen Reinhold Wøjdemann & overlæge Thea Lousen

Uterusruptur er en sjælden, men alvorlig obstetrisk komplikation. Ved sectio med tværsnitsuterotomi i nedre segment er risikoen for uterusruptur i efterfølgende graviditeter 0,5-0,8% [1].

De væsentligste risikofaktorer for ruptur er tidligere sectio, og risikoen øges yderligere ved igangsættelse af fødslen og vestimulation. Rupturer udvikler sig mere dramatisk i en ikke tidligere opereret uterus, end hvis rupturen opstår i arvæv [2]. Rupturer efter nedre tværcisioner udvikler sig mindre dramatisk, end når uterotomien er placeret nærmere fundus uteri [3].

Akut uterusruptur under fødslen er en risikabel situation, hvorfor højrisikopatienter ønskes identificeret i tide. Tiltagende brug af ultralyd (UL) medfører indimellem bifund, der indikerer risiko for alvorlige komplikationer. Hvorvidt sådanne fund bør medføre forholdsregler hos asymptomatiske patienter er uafklaret.

## SYGEHISTORIE

En 38-årig dansk andengangsgravid blev ved første fødsel forløst ved elektivt sectio pga. underkropspræsentation. I efterforløbet blev patienten medicinsk behandlet for puerperal endometritis.

I den aktuelle graviditet opdagede man i 29. graviditetsuge – som tilfældigt bifund – et 3-4 cm stort område svarende til den gamle uterotomi, hvor myometriets tykkelse var reduceret til 1,2 mm.

Dette medførte planlægning af elektivt sectio 14 dage før terminen. Patienten blev udskrevet med information om at henvende sig ved smerter, blødning eller veer.

Ved ambulant kontrol uge 31+3 var patienten fortsat symptomfri og UL viste uændret udtynding af myometriet.

Uge 34+1 henvendte patienten sig med smerter i nedre abdomen. Ved transvaginal UL fandt man i området ved uteromicikiatricen et 4-5 cm bredt område uden synligt myometrie. Amnionhulen lå her direkte ind mod blæren (**Figur 1**). Patienten var alment upåvirket og kardiokografien normal. Uterus var velafslappet og uden kontraktioner. Patientens sectiodato blev fremrykket til uge 35+6, og hun blev indlagt til observation med henblik på akut forløsning ved symptomforværring.

Uge 35+2 fik patienten tiltagende smerter

svarende til den tidligere uterotomi. Der var normal kardiokografi, og patienten var stabil, hvorfor forløsningsen fortsat udsattes. To dage senere opstod yderligere symptomforværring, og patienten fik foretaget subakut sectio.

Operationsfund: Fenestrering svarende til to tredjedele af den gamle uteromicikatrice, hvor et område på ca. 5 × 10 cm var uden muskulatur og udelukkende dækket af fosterhinder og peritoneum. Ingen friske forandringer. Uterus blev lukket i to lag. Der var ingen per- eller postoperative komplikationer.

## DISKUSSION

Det er sjældent, at man konstaterer et næsten ikke-eksisterende myometrie i uge 28+3, selv om myometrieafsmalning efter sectio er et relativt normalt fænomen. Der findes endnu ikke undersøgelser af sammenhængen mellem tykkelsen af myometriet og styrken, men den generelle antagelse er dog, at afsmalning af det nedre uterussegment medfører øget risiko for ruptur i næste graviditet. *Van Alphen* beskriver et kasuistisk tilfælde, hvor udtynding af det nedre segment medførte indlæggelse i uge 28 trods symptomfrihed. Evaluering af den gravide uterus' arvæv med ultralyd afslørede ikke udtynding af uterin væggen, før patienten fik subjektive symptomer [3].

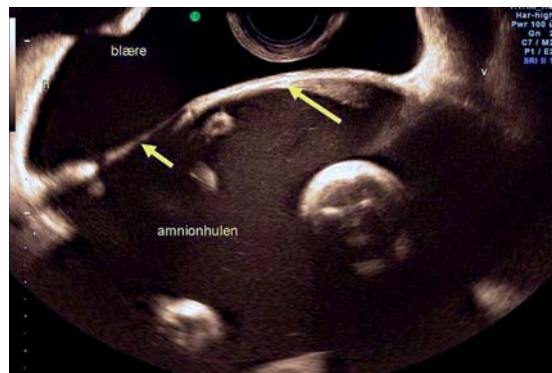
Observation under indlæggelse er tidligere be-

## KASUISTIK

Roskilde Sygehus,  
Gynækologisk-obstetrisk  
Afdeling

FIGUR 1

Transvaginal skanning i uge 34 + 3. Den lille pil markerer defekten svarende til den tidligere sectiocikatrice. Den store pil markerer et normalt tykt (4,5 mm) nedre segment. Fotograf: *Karen Wøjdemann*.



skrevet af Rabinowitz *et al.* Et tilfælde af fenestrering med en fosterarm, der gik ud gennem uterusvæggen, blev behandlet afventende, idet amnion var intakt og moderen var velbefindende [4].

Ved akut ruptur hænger barnets overlevelse sammen med tiden fra uterusrupturen til forløsningen: Ca. 90% vil overleve, hvis forløsning sker umiddelbart efter rupturen [2]. Dette forhold understreger behovet for akut intervention ved ruptur, og udgør dermed et argument for observation under indlæggelse. Omvendt forekommer ruptur ikke uprovokeret, men under veaktivitet, hvorfor indlæggelse måske kan afvente symptomfrembud.

Der er ikke fundet belæg for screening at tidligere sectiopatients for fenestrationer, blandt andet fordi procentdelen af kvinder med afsmalning af myometriet er høj sammenlignet med frekvensen af rupturer [5].

På baggrund af ovenstående kasuistik og litteraturen på området, finder vi, at der med hovedvægt på

klinikken og supplerende ultralyds-vurderinger, kan planlægges et individuelt forløb for patienter med rupturrisiko. Grundet fænomenets karakter vil det ikke være muligt at foretage egentlige prospektive randomiserede undersøgelser, men vigtigheden af at indsamle data til fortsat akkumulering af viden på området må understreges.

**KORRESPONDANCE:** Elise Hoffmann Munk Nielsen, Nørrebrogade 164A, 5., 2200 København N. E-mail: elisehoffmann@gmail.com

**ANTAGET:** 22. juli 2007

**FØRST PÅ NETTET:** 21. december 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

#### LITTERATUR

1. Gotoh H, Masuzaki H, Yoshida A *et al.* Predicting incomplete uterine rupture with vaginal sonography during the late second trimester in women with prior cesarean. *Obstet Gynecol* 2000;95:596-600.
2. Golan A, Sandbank O, Rubin A. Rupture of the pregnant uterus. *Obstet Gynecol* 1980;56:549-54.
3. van Alphen M, van Vugt JM, Hummel P *et al.* Recurrent uterine rupture diagnosed by ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995;5:419-21.
4. Rabinowitz R, Samueloff A, Sapirstein E *et al.* Expectant management of fetal arm extruding through a large uterine dehiscence following sonographic diagnosis at 27 weeks of gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006;28:235-7.
5. Ofili-Yebovi D, Ben-Nagi J, Sawyer E *et al.* Deficient lower-segment Cesarean section scars: prevalence and risk factors. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008;31:72-7.

## Tyndtarmsileus forårsaget af en displaceret øsofagusstent

Reservelæge Julie Bay & 1. reservelæge Luit Penninga

### KASUISTIK

Rigshospitalet, Kirurgisk  
Gastroenterologisk  
Afdeling C

Incidensen af adenokarcinom i øsofagus er stigende i den vestlige verden [1]. Behandlingen består af kirurgisk øsofagusresektion, dog anbefales onkologisk og palliativ behandling hos patienter med lokalt udbredt sygdom, fjernmetastaser eller patienter med betydelig komorbiditet [1]. Mange af de patienter, som ikke er kandidater til kirurgisk øsofagusresektion, har dysfagi og får med god effekt anlagt en stent i øsofagus [2-4]. I denne sygehistorie beskriver vi en patient, som udviklede en sjælden stentkomplikation.

### SYGEHISTORIE

En 80-årig mand blev diagnosticeret med inoperabelt adenokarcinom i den distale del af øsofagus. Canceren var stenoserende, og patienten havde udtalte synkeproblemer, hvorfor der med god effekt blev anlagt en *coated*, selvudfoldende øsofagusstent. Efterfølgende gennemgik patienten behandlingen med en kombination af kemo- og radioterapi med radiologisk god respons på øsofagus-canceren. Tre måneder senere opstod ileuslignende symptomer i form af kolikagtige smerter ved fødeindtagelse, kvalme og opkastninger. Der blev foretaget computertomografi (CT)

af thorax og abdomen, som viste, at stenten var displaceret til tyndtarmen ca. 50 cm fra Treitz' ligament og med ødem og inflammation omkring stenten (**Figur 1**). Tyndtarmen var lettere dilateret oralt for stenten, men på CT'en var der ingen tegn til perforation eller fri intraperitoneal væske. Efterfølgende tyndtarmspassage bekræftede CT-fundet. Der blev foretaget laparotomi, og her fandt man, at stenten delvist var migreret ud af tyndtarmslumen ca. 50 cm fra Treitz' ligament med truende perforation. Der var lokal abscedannelse, men der fandtes ingen generaliseret peritonitis. Der blev foretaget resektion af 20 cm tyndtarm, inklusive stenten, og der blev udført en primær tyndtarmsanastomose. Patienten blev udskrevet i velbefindende ni dage efter operationen.

### DISKUSSION

Selvudfoldende metalstenter er ofte anvendt som palliativ behandling af patienter med maligne strikturer eller stenosedannelser i øsofagus. Stentbehandling betragtes som effektiv og forbedrer synkefunktionen væsentligt [1, 2]. Anlæggelsen af stentene er blevet nemmere med årene, og stentene er blevet mere sikre