

# Spontan bristning af varicøs parametrieveene i tredje trimester

Læge Vibeke Weltz

Hillerød Sygehus, Gynækologisk Obstetrisk Funktionsenhed

## Resume

Spontan hæmoperitoneum under graviditet opstået på baggrund af atraumatisk ruptur af parametrieveene er en sjælden tilstand med høj mortalitet for både mor og barn. Pga. tilstandens sjældenhed er den ofte uerkendt præoperativt. Tilstanden viser sig ofte ved, at der opstår svære mavesmerter, hypovolæmisk shock og påvirket kardiokografikurve. Behandlingen er at sikre hæmodynamisk stabilitet, akut laparotomi med suturering af blødningskilden og evt. sectio.

Spontan hæmoperitoneum under graviditet opstået på baggrund af en atraumatisk ruptur af en parametrieveene er en sjælden tilstand med høj mortalitet for både mor og barn. Pga. tilstandens sjældenhed er den ofte uerkendt præoperativt. Tilstanden viser sig ofte med svære mavesmerter, hypovolæmisk shock og påvirket kardiokografi (CTG)-kurve.

## Sygehistorie

Patienten var en 27-årig kvinde, gravida II, para I. Første graviditet var ukompliceret. Denne graviditet, med dikoriske gemelli efter insemination, havde været ukompliceret, fraset vægtdiskrepans mellem fostrene.

Patienten kontaktede afdelingen i 32. uge, da hun vågnede med uprovokeret, intens smerte i maven og var ved at besvime. Hun havde flere gange i løbet af natten haft vandladning. Der var ingen vandafgang eller blødning. Ved ankomsten var hun kold, bleg og smerteforpint og havde umåleligt blodtryk. Ved en abdominskanning fandt man bradykardi på det mindste foster. Under sectio i generel anæstesi på mistanke om placentløsning fandt man intraperitonealt 2 l koagler.

Tvilling A var en pige på 1.150 g med navlesnors-pH 6,89, BE -13,3. Tvilling B var en dreng på 1.635 g, han forløstes et minut senere med navlesnors-pH 6,87, BE -13,6.

Man fandt ikke tegn på placentløsning. Efter lukning af uterotomien, fandt man blødningskilden, som var en bristet varice på bagsiden af højre parametrie, og denne blev forsøgt med gennemstikninger. Patienten blev perioperativt cirkulatorisk stabiliseret.

Børnene blev overflyttet til neonatalafdelingen, og havde det efter omstændighederne godt. Der var et ukompliceret postoperativt forløb, og patienten blev udskrevet efter en uge.

## Diskussion

Der er beskrevet 120 lignende sygehistorier i litteraturen [1], og tilstanden er en sjælden komplikation i forbindelse med graviditet. Den er set fra 10. uge, under fødslen og så sent som 21 dage post partum. Den viser sig ofte med pludseligt opståede, stærke abdominalsmerter og akut hypovolæmisk shock. I fremskredne tilfælde ses påvirket CTG. Den præoperative diagnose er oftest abruptio placentae eller ruptura uteri, appendicitis, miltruftur eller ileus.

Ætiologien er ukendt, men *Hodgkinson et al* [2] har foreslået, at et pludseligt øget venøst tryk f.eks. i forbindelse med fysisk aktivitet, nys, host, defækation, løft, coitus eller fødsel kan udløse ruptur af de varicøse vener på uterus og parametrier. I den beskrevne sygehistorie vågnede patienten med mavesmerter uden særlig forudgående fysisk aktivitet eller lignende, fraset hyppig vandladning i timerne op til.

Andre [1] har foreslået tidligere operation, flerfoldsgraviditet, fibromer og abnorm placentaimplantation som ætiologiske faktorer. Der er ikke fundet sammenhæng mellem gravida, paritet, forældres alder eller gestationsalder. Fødselsvægten er ikke en prædisponerende faktor [1].

*Hodgkinson et al* [2] fandt i 1950 en maternel mortalitet på 49,3%. For kvinder i fødsel var den 76,3%. *Ginsburg et al* [1] har senere fundet en væsentlig lavere mortalitet på 4% hos mødre og 31% hos børnene (heraf var fire ud af ni børn dødfødte pga. maternelt blødningsshock).

Den bedre prognose i de senere år kan skyldes, at man er blevet bedre til at behandle shock og større anæstesiologisk ekspertise.

Den akutte behandling af tilstanden er cirkulatorisk stabilisering og laparotomi for at identificere blødningskilder. Hvis

Spontan hæmoperitoneum er en sjælden komplikation til graviditet.



fosteret er påvirket foretages der, afhængigt af gestationsalder, sectio. Ved forløsning kan kontraktionen af den uterine muskulatur medvirke til at stoppe blødningen fra parametrieve- nen [3]. Der er beskrevet et tilfælde, hvor man i 25. uge har kunnet forsørge den blødende vene uden at forløse [4]. Kvinden fødte senere vaginalt i 38. uge.

### Konklusion

Spontan uprovokeret blødning fra en parametrieve- nen under graviditet er en alvorlig, men sjælden komplikation. Ofte diagnosticeres den ikke, idet de almindeligste differentialdiag- noser er placentaløsning og uterusruptur. Behandlingen er akut laparotomi med suturering og evt. sectio.

### Summary

Vibeke Weltz:

#### **Spontaneous rupture of uteroovarian veins in 3rd trimester**

Ugeskr Læger 2008;170:2584

Spontaneous rupture of uteroovarian veins in pregnancy is rare and is a serious complication with a high mortality for both mother and infant. The condition is rarely recognized preoperatively. Patients often present themselves with sudden intense abdominal pain and hypovolemic shock and when fetal distress an abnormal CTG is seen. The acute treatment should consist of maintaining circulating intravascular volume and rapid surgical intervention.

---

Korrespondance: *Vibeke Weltz*, Skolekrogen 33, DK-3500 Værløse.  
E-mail: [vweltz@mailme.dk](mailto:vweltz@mailme.dk)

Antaget: 8. november 2006  
Interessekonflikter: Ingen

Taksigelse: Tak til overlæge *Hanne Borch-Christensen* og overlæge *Lars O. Vejerslev* for revision af manuskriptet.

### Litteratur

1. Ginsburg KA, Valdes C, Schneider G. Spontaneous utero-ovarian rupture during pregnancy: three case reports and review of the literature. *Obst Gynecol* 1987;69:474-6.
2. Hogdkinson CP, Christensen RS. Hemorrhage from ruptured utero-ovarian veins during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1950;59:1112-6.
3. Foley MR, Sonek JD, Lavender LM et al. Spontaneous rupture of uteroovarian veins in pregnancy: two case reports. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:962-4.
4. Vellekop J, Phillip de Leeuw J, Neijenhuis PA. Spontaneous rupture of utero-ovarian vein during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:241-2.