

# Stranguleret retroflekeret gravid uterus behandlet succesfuldt med koloskopi

Henrik Frederiksen Højgaard<sup>1</sup>, Jan Maciej Krzak<sup>2</sup>, Johnny Christensen<sup>3</sup> & Bent Andersen<sup>1</sup>

## KASUISTIK

1) Gynækologisk Obstetriske Afdeling, Kolding Sygehus  
2) Organkirurgisk Afdeling, Kolding Sygehus  
3) Røntgenafdelingen, Kolding Sygehus

Retroflekeret uterus findes hos ca. 15% af kvinder [1, 2]. Under en graviditet vil den retroflekerede uterus i de fleste tilfælde spontant migrere ud af det lille bækken. Fundus uteri forbliver sjældent under promontoriet, hvorved uterus stranguleres med efterfølgende meget varierende symptomer. Stranguleret retroflekeret uterus er i litteraturen kun beskrevet kasuistisk, på trods af at tilstanden ses med en incidens på helt op til 1/3.000 graviditeter [1-5].

Symptomer på stranguleret retroflekeret uterus forekommer typisk i andet trimester og er hyppigst relateret til urinvejene, sjældnere til gastrointestinalkanalen, men der er beskrevet rariteter som f.eks. uterusruptur [1]. Risikoen for, at den retroflekerede uterus strangulerer, forøges ved patologi i genitalia interna, herunder fibromyoma uteri, endometriose og adhærens dannelse [2]. Behandling af en stranguleret uterus kan være passiv med bl.a. repetitive stillingsændringer. I de seneste kasuistiske beretninger er tilstanden korrigeret succesfuldt vha. koloskopi [1].

## SYGEHISTORIE

En 36-årig kvinde, gravida 7, partus 4 blev ved gesta-

tionsalder 15 uger + 5 dage akut indlagt på en gynækologisk afdeling pga. smerter i nedre abdomen og pludseligt indsættende urinretention. Patienten blev ved indlæggelsen engangskateteriseret for 700 ml klar urin, hvilket lindrede smerterne. Hun blev efterfølgende indlagt til observation. Ved en gynækologisk undersøgelse fandt man cervix lejret højt, lige bag symfyssen.

En abdominal ultralydskanning viste et intrauterint levende foster svarende til gestationsalder 15 uger + 5 dage og blæren trukket højt op på uterus' »forvæg«. Cervix uteri var beliggende højt bag symfyssen og fundus uteri i fossa Douglasi.

Patienten blev observeret under indlæggelsen, og blæren blev tømt vha. steril intermitterende kateterisering. Efter to døgn indlæggelse var der fortsat ingen spontan vandladning. Ved en magnetisk resonans (MR)-skanning bekræftedes diagnosen stranguleret retroflekeret uterus (**Figur 1**), og man fandt flere intramurale uterusfibromer, hvoraf den største målte 6 cm i diameter.

Ved gestationsalder 16 uger + 0 dage forsøgte man med patienten i spinal anæstesi efterfulgt af anlæggelse af kateter à demeure (KAD) først ultralydvejledt manuel replacering af uterus ved rektovaginalt at applicere et digitalt tryk på fundus uteri for at flytte den ud af det lille bækken. Dette lykkedes ikke. Efterfølgende blev hun lagt i venstre sideleje mhp. koloskopi. Koloskopet blev problemfrit indført til colon transversum. Fundene var normale, fraset initial og kortvarig relativ forsnævring i colon sigmoideum ca. 30 cm fra anus. Ved en vaginal eksploration umiddelbart efter koloskopien fandt man cervix sakralt lejret, og en transabdominal ultralydskanning viste ændrede og normale anatomiske forhold samt et levende foster.

Ved ophør af spinalanæstesi seponeredes KAD, og man afventede spontan vandladning. Godt tre timer efter seponering af KAD havde patienten normal vandladning uden urinretention. Hun blev udskrevet knap ét døgn efter proceduren efter fornyet transabdominal og vaginal ultralydskanning, der viste normale forhold.

Ved misdannelsesskanning ved gestationsalder 19 uger + 5 dage var der fortsat normale forhold.

FIGUR 1

T2-vægtet magnetisk resonans-skanning, der viser den strangulerede gravide uterus ved gestationsalder 16 uger + 0 dage. Blæren ses »fanget« såvel bagved som over symfyssen. Fundus uteri er lokaliseret dybt under promontoriet.



## DISKUSSION

Stranguleret retroflektet uterus er en sjælden tilstand, der bør have in mente hos gravide, der får pludseligt indsættende urinretention efter 12. graviditetsuge. Symptomerne, der er relateret til de anatomiske forandringer ved tilstanden, kan spontant regrediere med risiko for at returnere uger senere. Tidlig diagnostik er nødvendig for at opnå succesfuld intervention, og MR-skanning er velegnet til at bekræfte tilstanden med [2].

Hvis tilstanden ikke korrigeres, kan den kompromittere blodforsyningen i a. uterina og medføre risiko for blødning, abort, oligohydramnios og væksthæmning af fosteret samt hindre vaginal fødsel [1].

Hvis tilstanden er uerkendt til termin, vil den derfor hyppigt medføre sectio med høj risiko for iatrogen blærelæsion og incision af vagina [1].

Koloskopi hos gravide kvinder er meget sikker og indebærer kun en minimal risiko [4]. Koloskopi er meget effektiv i behandling af stranguleret retroflektet uterus og er i publicerede kasuistikker refereret at være 100% succesfuld op til 22. graviditetsuge [1, 3].

Undersøgelsen bør foretages af en erfaren endoskopør, hvis såvel passiv som manuel reponering er mislykkedes [4]. Risikoen for perforation af colon er forventelig ikke større end ved almindelig diagnostisk koloskopi [3]. Formodentlig er det sufficient anæstesi, sideleje og iatrogen luft i colon sigmoideum, der kan reponere den strangulerede uterus.

**KORRESPONDANCE:** Henrik Frederiksen Højgaard, Seest Bakke 60, 6000 Kolding. E-mail: h.hojgaard@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 22. maj 2012

**FØRST PÅ NETTET:** 23. juli 2012

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Dierickx I, van Holsbeke C, Mesens T et al. Colonoscopy-assisted reposition of the incarcerated uterus in mid-pregnancy: a report of four cases and a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;158:153-8.
2. Grossenburg NJ, Delaney AA, Berg TG. Treatment of a late second-trimester incarcerated uterus using ultrasound-guided manual reduction. *Obstet Gynecol* 2011;118:436-9.
3. Seubert DE, Puder KS, Goldmeier P et al. Colonoscopic release of the incarcerated gravid uterus. *Obstet Gynecol* 1999;94:792-4.
4. Siddiqui U, Denise PD. Flexible sigmoidoscopy and colonoscopy during pregnancy. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2006;16:59-69.
5. Wang L, Wang J, Huang L. Incarceration of the retroverted uterus in the early second trimester performed by hysterotomy delivery. *Arch Gynecol Obstet* (e-pub ahead of print) 31. jan 2012.

# Endogen endoftalmitis som første kliniske manifestation af aortaklapendokarditis

Torsten Rudbæk<sup>1</sup>, Peter Haastrup<sup>2</sup> & Ulrik Frydkjær-Olsen<sup>3</sup>

Der er beskrevet flere ekstrakardiale manifestationer ved infektiøs endokarditis (IE), herunder septiske embolier, som komplicerer sygdommen hos op til 40% af patienterne [1]. Intraokulær infektion er sjældent beskrevet som klinisk manifestation af gruppe B-streptokok-endokarditis [2]. Herunder beskrives en sygehistorie om en kvinde, der havde endogen endoftalmitis (EE) som første kliniske manifestation af aortaklapendokarditis.

## SYGEHISTORIE

En 81-årig kvinde blev indlagt på akutmodtagelsen på et lokalt sygehus med pludselig, svær synsnedsættelse på højre øje forudgået af få timer varende sløret syn. Hun havde iskæmisk hjertesygdom, diabetes mellitus type 2 og hypertension. Hun var tidligere øjenrask og havde ikke været udsat for traume eller forudgående øjenoperation. Kvinden havde lette smerter i øjet, men initialt fandt man hverken rødme

eller bevægeindskrænkning. Hun havde gennem 3-4 uger været tiltagende alment utilpas med kulderystelser og influenzasymptomer, svær træthed og et vægttab på 5 kg. Der var ingen kardielle symptomer op til indlæggelsen. Ved hjertestetoskopi hørtes systolisk mislyd, der blev vurderet som mitralinsufficiens. Infektionsparametrene (C-reaktivt protein- og leukocyt-niveau) var forhøjede. Ved et akut øjenlægetilsyn fandt man fibrin i forreste øjenkammer, og på mistanke om EE blev hun overflyttet til nærmeste universitetshospital, hvor man fandt rødme af øjenomgivelserne, moderat ciliær injektion, ødematøs hornhinde og hypopyon. Der blev foretaget akut vitrektomi og injektion af intravitreale antibiotika.

En efterfølgende udredning med transøsofageal ekkokardiografi viste en 4-5 mm stor ekskreces på venstre koronare aortakusp, moderat aortainsufficiens og let ikke hæmodynamisk betydende mitralinsufficiens (Figur 1A). På kardiologisk afdeling blev

## KASUISTIK

- 1) Kardiologisk Afdeling B, Odense Universitetshospital
- 2) Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundheds-tjenesteforskning, Syddansk Universitet
- 3) Oftalmologisk Afdeling E, Odense Universitetshospital