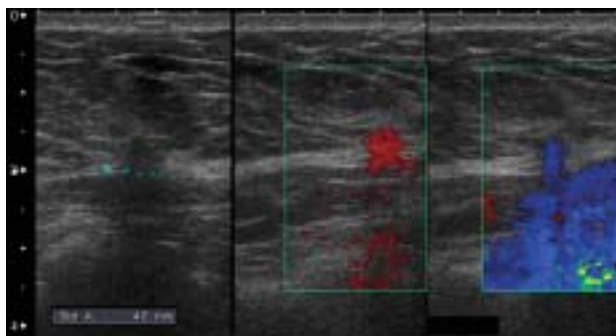


## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK



**Figur 1.** Farve-Doppler-ultralyd til påvisning af bugvægsherniering. Bugvæggsdefekten A i brokporten måler 4,6 mm i diameter. Bevægelsen af abdominalindhold – i aktuelle sygehistorie: præperitonealt fedt – ud gennem brokporten ved pres indefra (Valsalvas manøvre/hoste) farves rød. Efterfølgende bevægelse tilbage igennem defekten (ved afslapning) farves blå. Transducerfrekvens 9,3 MHz, Doppler-frekvens 5,3 kHz.

en Valsalva-manøvre. I visse tilfælde, specielt ved små hernier, kan man være i tvivl om, hvorvidt den tilsyneladende defekt i bugvæggen skyldes et hernie eller artefakter fra uregelmæssigheder i det subkutane fedt. Her kan farve-Doppleren være en hjælp. Det er ikke tidligere beskrevet, at man også kan an-

vende farve-Doppler til at vise bevægelsen af herniet gennem bugvæggen. Metoden er oftest let og tilgængelig i forbindelse med almindelig UL-skanning, der kan dog være problemer med at adskille bugvæggenes og herniets bevægelser under Valsalvas manøvre, og dette kan kræve en del justering. Metoden fortjener nærmere vurdering i et prospektivt (helst randomiseret) projekt.

Korrespondance: *Jens Jørgen Jensen*, Radiologisk Afdeling R, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, DK-8000 Århus C. E-mail: jens\_jorgen@dadlnet.dk

Antaget: 12. Maj 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

#### Litteratur

1. Wechsler RJ, Kurtz AB, Needleman L et al. Cross-sectional imaging of abdominal wall hernias. *AJR Am J Roentgenol* 1989;153:517-21.
2. Toms AP, Cash CC, Fernando B et al. Abdominal wall hernias: a cross-sectional pictorial review. *Semin Ultrasound CT MR* 2002;23:143-55.
3. Truong S, Phingsten FP, Dreuw B et al. Stellenwert der Sonographie in der Diagnostik von unklaren Befunden der Bauchwand und Leistenregion. *Chirurg* 1993;64:468-75.
4. Emby DJ, Aoun G. CT technique for suspected anterior abdominal wall hernia. *AJR Am J Roentgenol* 2003;181:431-3.
5. Van den Berg J. Inguinal hernias: MRI and ultrasound. *Semin Ultrasound CT MR* 2002;23:156-73.

## Uterusruptur ved vaginal fødsel efter tidligere sectio

Reservelæge Ulla Bonde van Zwol

Fredericia Sygehus, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling

Ifølge Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologis retningslinjer [1] er risikoen for uterusruptur ved en vaginal fødsel efter tidligere sectio på 0,6-0,9%.

Da risikoen for denne alvorlige komplikation således er ret beskeden, fraråder man i dag ikke kvinder, der tidligere har fået foretaget sectio, at føde vaginalt ved efterfølgende fødsler. Tidligere var det rutine at foretage manuel intrauterin palpation efter vaginal fødsel i tilfælde af tidligere sectio netop med henblik på at diagnosticere en eventuel uterusruptur. Dette gøres nu kun i tilfælde af symptomer. Det kan være hypovolæmisk shock og abdominalsmerter sent i graviditeten eller efter fødslen [2].

En sjælden gang vil en uterusruptur dog vise sig postpartum ved mindre specifikke symptomer som f.eks. blæretømningsbesvær. Nedenstående sygehistorie beretter om et tilfælde af uterusruptur, der viste sig på denne måde.

#### Sygehistorie

En 31-årig kvinde, gravida II, para I havde haft et normalt første graviditetsforløb i 1999, hvor der blev foretaget akut sectio pga. patologiske kardiokogram (CTG)-kurver. Uterus blev sutureret i to lag. Det postoperative forløb var ukompliceret. Patienten blev i den aktuelle graviditet undersøgt adskillige gange grundet klager over lavtsiddende abdominalsmerter og cystitsymptomer. I 37. uge blev der fundet leukocyturi, men en urindyrkning var uden vækst af bakterier.

Patienten kom til fødeafdelingen med veer i uge 41 + 0. Da orificium var 4 cm åben, blev der foretaget hindsprængning på indikationen inert, og pga. smerter blev der anlagt epiduralblokade med ropivacain-sufentanil. I presseperioden blev patienten kateteriseret, og der blev udtømt 200 ml urin. Hun fødte uden problemer en pige, som havde venstre arm og hånd langs kinden. Barnet fik fuld Apgarscore. Der blev efterfølgende sutureret en få cm lang vaginalruptur midt i vaginas bagvæg.

Postpartum havde patienten problemer med blæretømmning. Der blev målt residualurin op til 350 ml, hvorfor hun blev sat i behandling med prazosin 0,5 mg × 2 daglig.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK



**Figur 1.** Billede fremstillet ved vaginal ultralydsscanning. Markeringen viser en rest af den rupterede uterinvæg. Til venstre for markeringen ses uterinindhold liggende op mod vesica urinaria. Cervix uteri ligger i højre øverste hjørne af billedet.

På grund af vedvarende blæretømningsbesvær blev patienten vaginalskannet efter tre uger. Man fandt da en 2 cm defekt i forreste del af isthmus med udbugning af uterinindhold ind mod blæren (**Figur 1**).

Der var således tale om ruptur af uteruscikatricen efter tidligere sectio.

Ved kontrol fem uger postpartum var der ingen cystitis-symptomer fraset let pollakisuri. En kontrolscanning af det nedre uterine segment viste en tyndvægget defekt helt op mod blæren. Ved den afsluttende kontrol 14 dage senere fandt man ved ultralydsscanning uterus med arvæv. Ved ultralydsscanning af væggen imellem uterus og vesica urinaria fandt man intet patologisk.

Man vurderede, at kvinden i forbindelse med en evt. ny graviditet burde anbefales at få foretaget sectio ud fra den betragtning, at man ikke kunne udelukke, at der på ny ville forekomme uterusruptur og evt. skade på urinblæren. Der blev ikke fundet indikation for kirurgisk intervention.

### Diskussion

Den tidligere procedure med obligatorisk intrauterin palpation hos kvinder ved vaginal fødsel efter tidligere sectio er som nævnt forladt for mange år siden, det bør dog stadig udføres ved symptomer, der tyder på uterusruptur [3]. I nogle tilfælde ses der allerede under fødslen akutte symptomer på uterusruptur f.eks. i form af føtal bradykardi eventuelt forudgået af variable og/eller sene decelerationer [4]. Symptomerne kan dog også som i denne sygehistorie være subakutte i form af f.eks. blæretømningsbesvær.

Værdien af scanning af nederste uterinsegment bør generelt holdes in mente hos kvinder i puerperiet med blæresymptomer (uanset evt. tidligere sectio). Uterusruptur er desuden en differentialdiagnose ved vedvarende urologiske symptomer i graviditet og puerperium.

Korrespondance: *Ulla Bonde van Zwol*, Nøddeplantagen 26, DK-7000 Fredericia. E-mail: vanzwol@mail.dk

Antaget den: 3. juni 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet.

### Litteratur

1. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologis guidelines. [www.dsog.dk/files/sectio\\_et\\_vs\\_to\\_lag.pdf](http://www.dsog.dk/files/sectio_et_vs_to_lag.pdf) /okt 2003.
2. Catry F, Geusens E, Vanbeckevoort D et al. Delivery related rupture of the gravid uterus: imaging findings: a case report. *Abdom Imaging* 2004(i trykken).
3. Silberstein T, Wiznitzer A, Katz M et al. Routine revision of uterine scar after cesarean section: has it ever been necessary. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998;78:29-32.
4. Menihan CA. Uterine rupture in women attempting a vaginal birth following prior cesarean birth. *J Perinatol* 1998;18:440-3.