

Uterusruptur uden forudgående kejsersnit ti år efter perforation i forbindelse med udskrabning

Astrid Bønnelykke, Ulla Jeppesen & Anne Cathrine Hoffgaard Munk

KASUISTIK

Gynækologisk-obstetrisk
Afdeling,
Regionshospitalet
Randers

Ugeskr Læger
2015;177:V05130300

Uterusruptur er en alvorlig tilstand, som er forbundet med både perinatal og maternal død. Fosteret er i risiko for at få asfyksi med mulige permanente skader, og den fødende er i risiko for stor blødning og evt. hysterektomi. Der kræves umiddelbar forløsning. Nedenstående omhandler et tilfælde af uterusruptur hos en kvinde, der ikke tidligere havde fået foretaget kejsersnit.

SYGEHISTORIE

En 29-årig andengangsfødende i uge 40 + 2 henvendte sig på fødegangen kl. 7.00 pga. akut indsatende kraftige og konstante mavesmerter. Kvinden havde født vaginalt og ukompliceret tre år tidligere. Man fandt uterus hyperten og kvinden meget smertepåvirket. Kardiotokografien var initialt normal og reaktiv. Ved eksploration fandt man collum sakralt lejret og orificium dilateret 2 cm. På mistanke om placentalsløsning foretog man hindesprængning, og der blev udtømt blodtilblandet fostervand. Patientens smerter aftog ikke, og uterus var stadig hyperten. Kardiotokografien viste nu komplicerede variable decelerationer som tegn på føtal påvirkning. Der blev fundet indikation for akut forløsning på mistanke om placentalsløsning, og klokken 7.07 blev der ordineret hyperakut kejsersnit.

Under kejsersnittet blev der, før uterus var åbnet, observeret rigeligt med serøs væske intraperitonealt. Klokken 7.13 blev der forløst en levende pige med fuld apgarscore. Placenta løsnede sig spontant og

blev vurderet at være hel uden tegn til løsning. I bagvæggen i fundus uteri ud mod højre uterinhjørne observerede man en ca. 2 cm stor, nærmest udstanset læsion med frisk blødning fra kanten. Rupturen og uterotomien blev sutureret i to lag. På omentet observerede man grønlig fæces- eller mekoniumlignende sekret, og på mistanke om tarmlæsion gennemgik man tynd- og tyktarmen som var uden tegn på læsioner. Konklusionen var, at der gennem uterusrupturen havde været fostervand- og mekoniumafgang.

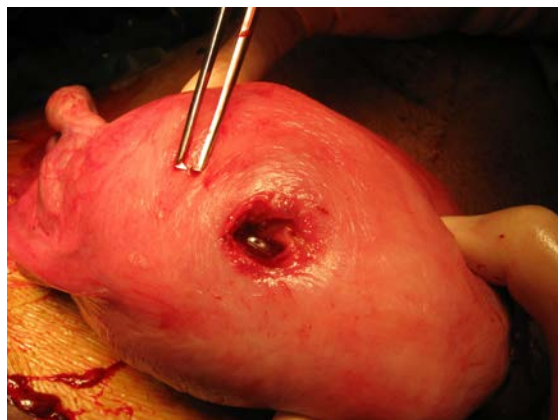
Kvinden blev efter to dages intravenøs antibiotikabehandling og observation udskrevet i velbefindende sammen med barnet.

DISKUSSION

Den væsentligste risiko for uterusruptur er tidligere kejsersnit. I studier har man rapporteret om incidenser på 1:8.000-15.000 fødsler [1] og 1,9:10.000 fødsler [2]. Risikoen stiger yderligere ved samtidig igangsætning eller vestimulation. I flere studier beskrives en øget risiko for ruptur ved efterfølgende fødsel, hvis intervallet mellem tidligere kejsersnit og en ny fødsel er under 18 måneder [3]. En af årsagerne kan være inkomplet fibrose af den uterine cicatrice [4]. Andre risikofaktorer for uterusruptur er tidligere operationer på uterus (fibromresektion, abrasio, uteruserforation), tidligere »klassisk« kejsersnit (vertikalt snit i uterus), uterusanomalier, uterustrauer efter ulykker, adhærent placenta samt multiparitet. Risikoen for ruptur af en uterus, hvor der ikke tidligere er foretaget operative indgreb, er meget lille (1:17.000-20.000 fødsler [1]).

Ved nærmere gennemgang af patientens journal fandt man, at patienten ti år tidligere havde gennemgået en medicinsk provokeret abort i uge 21 + 5 med tilladelse fra Samrådet pga. svær depression med selvmordstanker. Patienten blev fire uger herefter indlagt med tiltagende blødning. Man fandt hinde-rester i orificium, og pga. rigelig blødning blev der lavet akut evacuatio. Der blev her beskrevet perforation af uterus med abortsug str. 10. Der var ikke beskrevet komplikationer efter indgrebet i øvrigt.

Ved kvindens graviditet i 2009 lå placenta på bagvæggen. Under den i sygehistorien omtalte graviditet i 2012 lå placenta på forvæggen. Det er muligt,



Peroperativt billede af uterusruptur.

at placenta på bagvæggen ved første fødsel har dækket over en ikke optimalt helet perforation og derfor hindret en uterusruptur på daværende tidspunkt.

Selvom uterusruptur er en sjælden tilstand, bør man pga. alvorlig morbiditet og mortalitet hos både barn og mor have denne komplikation i mente hos gravide, der pludselig får kraftige mavesmerter, op-hør af kontraktioner, ændringer i de kardiokografiske værdier og evt. bliver hæmodynamisk ustabile. Opmærksomheden må være skærpet, hvis der foreligger disponerende faktorer hertil.

SUMMARY

Astrid Bønnelykke, Ulla Jeppesen & Anne Cathrine Hoffgaard Munk:
Uterine rupture without preexisting caesarean section after perforation of the uterus during evacuation
Ugeskr Læger 2015;177:V05130300

Uterine rupture is a serious complication, associated with perinatal and maternal morbidity and mortality. This case report describes uterine rupture in a patient who did not have any previous caesarean section. The patient had acute abdominal pain, hypertonic uterus, blood in the amniotic fluid and abnormal cardiotocographic values. An abruption of the placenta was suspected, and an acute caesarean section was performed during which a rupture in fundus uteri was found. It was later experienced that the patient ten years earlier had suffered a uterine perforation during evacuation after a late abortion.

KORRESPONDANCE: Astrid Bønnelykke, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Regionshospitalet Randers, Skovlyvej 1, 8930 Randers NØ.
E-mail: aluckybean@hotmail.com

ANTAGET: 20. juni 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 26. august 2013

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

LITTERATUR

1. Ofir K, Sheiner E, Levy A et al. Uterine rupture: differences between a scarred and unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:425-9.
2. Fitzpatrick KE, Kurinczuk JJ, Alfirencz Z et al. Uterine rupture by intended mode of delivery in the UK: a national case-control study. *PLoS Med* 2012;9:e1001184.
3. Bujold E, Gauthier RJ. Risk of uterine rupture associated with an interdelivery interval between 18 and 24 months. *Obstet Gynecol* 2010;115:1003-6.
4. Bujold E, Mehta SH, Bujold C et al. Interdelivery interval and uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1199-202.