

# Uterusruptur forårsaget af placenta percreta i første halvdel af graviditeten

Christian Dacesin Vyrdal<sup>1</sup>, Maja Harder Kirkegaard<sup>1</sup>, Vibeke Nielsen<sup>1</sup> & Lars Høj<sup>2</sup>

## KASUISTIK

1) Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Sygehus Sønderjylland, Sønderborg  
2) Klinik Mor-barn, Sygehus Vendsyssel

Ugeskr Læger  
2014;176:V10130586

Uterusruptur ved vearbejde er en velkendt komplikation i forbindelse med tidligere sectio. Derimod er uterusruptur i første halvdel af graviditeten yderst sjælden og skyldes oftest placenta percreta, hvor placenta er vokset gennem myometriet og evt. ind i nærliggende organer.

## SYGEHISTORIE

En 32-årig kvinde, gravida 2, para 1, der var gravid i uge 18 + 0 blev meldt fra lægeambulancen som hypotensiv og med svære abdominalsmerter. Hun var tidligere rask, men havde fire år forinden gennemgået et ukompliceret elektivt sectio pga. tvillinger i tværleje. Selve graviditeten og puerperiet havde været ukompliceret. I nuværende graviditet var resultaterne af en nakkefoldsskanning i uge 13 og en senere skanning hos et privat skanningsfirma blevet betegnet som normale.

På indlæggelsesdagen havde patientens tilstand været upåfaldende, men under aftensmåltidet fik hun pludseligt indsættende svære mavesmerter og påvirket almentilstand. Ved ankomsten til sygehuset var hun forpint og klamtsvedende, men vågen og klar. Blodtrykket lå initialt på 80/40 mmHg faldende til 60/30 mmHg. Pulsens var på 70 slag/min. Abdomen var distenderet med peritoneal reaktion i form af *defence*. En *bedside* abdominal-UL viste et levende, intrauterint foster, normal mængde fostervand og en

mindre væskebræmme under diagfragma. Hæmoglobinniveauet var 4,2 mmol/l.

Patienten blev stabiliseret og en akut abdominal-CT med kontrast viste tegn på uterusruptur med fri kontrast mellem uterus og blære. Herefter blev der udført en akut eksplorativ laparotomi med fund af massivt hæmoperitoneum.

Den tidligere uterotomi var rumperet, og der sås blødende, frit placentavæv fra såret. Fosteret, som stadig var levende, lå intrauterint i en intakt amnionsæk. Det var ikke muligt at bevare graviditeten (**Figur 1A**). Placenta blev forsøgt fjernet in toto, men pga. indvækst var den kun mulig at fjerne i mindre stykker. Med placenta fjernet var der kun blødning fra uterotomien, der blev lukket fortløbende i to lag. Herefter var der hæmostase i operationsfeltet. Fjernelse af operationsafdækningen afslørede imidlertid igangværende frisk blødning fra vagina. Der blev oplagt en Bakriballon i uterincaviteten og behandlet med uterotonika.

Blødningen stilnede af, men fortsatte natten igennem i vekslende grad. Om morgenen var Bakriballonnen displaceret. Da patienten nu var vågen og klar, blev der med hendes samtykke udført total hysterectomi. Histologisvar viste placenta percreta med rigeligt syncytiotrofoblastvæv mellem de opsplittede muskelfibre samt decidua og chorion villi på overfladen af myometriet.

Det postoperative forløb var ukompliceret.

## DISKUSSION

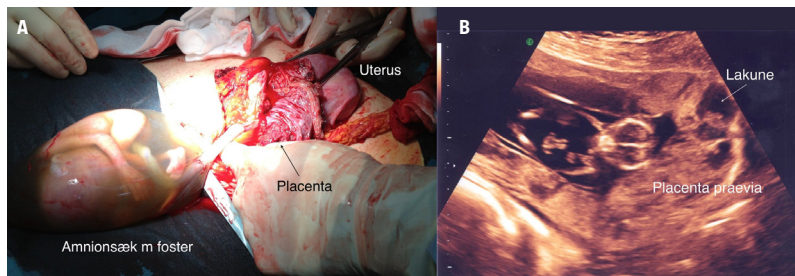
Placenta accreta (PA) er en betegnelse for indvækst af placenta i myometriet. Der er tre grader af indvækst: placenta accreta, placenta increta og placenta percreta. Placenta percreta er den sværeste grad af PA. Her er chorion villi vokset gennem myometriet og evt. ind i nærliggende organer [1].

Den vigtigste risikofaktor for PA er tidligere sectio. Ved samtidig placenta praevia vil 3,3% få PA. Denne andel stiger eksponentielt til 40% efter tredje sectio ved samtidig placenta praevia [2]. Men også høj maternal alder, tidligere kirurgisk abort, rygning og multiparitet spiller ind [2].

Incidensen af PA er steget eksplosivt og parallelt med sectiofrekvensen fra 1:30.000 i 1930 til mellem

**FIGUR 1**

**A.** Operationsfelt med lacereret uterotomi med frit placentavæv og ekstraheret amnionsæk med foster. **B.** Ultralydsskanning fra nakkefoldsskanning med tidlige ultrasoniske tegn til placenta accreta med lakuner.



1:500 og 1:2.500 i dag [1, 3]. I et review fandt man 47 tilfælde med PA i første eller andet trimester [3]. 81% af disse patienter havde haft et eller flere tidligere sectio. 32% havde som patienten i denne sygehistorie hæmoperitoneum.

I andet trimester kan man diagnosticere PA med UL med en sensitivitet på 77-87%, en specificitet på 96-98% og en positiv prædiktiv værdi på 65-93% [4]. Der er flere karakteristika, men lakuner i placenta har en positiv prædiktiv værdi på 92% [4]. I et studie fandt man allerede i første trimester lakuner i ni ud af ti tilfælde [5]. Gennemgang af sygehistorien afslørede ultrasoniske tegn på PA beliggende over den tidligere sectiocikatrice og med lakuner i placenta. I notatet fra sonografen var der ved nakkefoldsskanningen bemærket en hullet placenta (Figur 1B).

Der er et lille, men stigende antal publikationer om tilstanden [3]. Stigningen i sectiofrekvens giver grund til at forvente en stigende incidens af PA fremover [1]. Det er en vanskelig diagnose at stille, fordi akut abdomen i første halvdel af en graviditet ofte vil have en abdominalkirurgisk, karkirurgisk eller urologisk årsag.

Pga. den stigende incidens og behovet for hurtig intervention er kendskab til at placenta percreta kan give uterusruptur i første halvdel af graviditeten nødvendig på såvel obstetriske afdelinger som blandt læger i lægevagt/lægeambulance.

## SUMMARY

Christian Dacesin Vyrdal, Maja Harder Kirkegaard, Vibeke Nielsen & Lars Høj:

Uterine rupture caused by placenta percreta in the first half of the pregnancy

Ugeskr Læger 2014;176:V10130586

A 32-year-old woman in her 18th week of gestation was admitted to hospital due to abdominal pain and hypotension. A CT scan showed bleeding from the uterus into the abdomen and an acute laparotomy revealed a uterine rupture due to placenta percreta. The placenta was removed and a Bakri balloon was installed in the uterus. However the next morning the bleeding continued and a total hysterectomy was unavoidable. This case report shows that uterine rupture due to placenta percreta is a differential diagnosis in pregnant woman with abdominal pain and hypotension, even in the first half of the pregnancy.

**KORRESPONDANCE:** Christian D. Vyrdal, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Sygehus Sønderjylland, Sydvang 1, 6200 Sønderborg. E-mail: cvy@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 26. november 2013

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 24. februar 2014

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

## LITTERATUR

1. Chantraine F, Langhoff-Roos J. Abnormally invasive placenta – AIP. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013;92:369-71.
2. Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine, Belfort MA. Placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:430-9.
3. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:14-29.
4. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 529: placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2012;120:207-11.
5. Ballas J, Pretorius D, Hull AD et al. Identifying sonographic markers for placenta accreta in the first trimester. *J Ultrasound Med* 2012;31:1835-41.