

Uterusnekrose efter akut sectio hos faktor V_{Leiden}-homozygot patient

Peter Søndergaard Thyrrstrup¹, Charlotte Brix Andersson² & Søren Kjærgaard¹

KASUISTIK

Klinik kvinde-barn og
Urinvejskirurgi,
Anæstesiologisk
Afdeling Nord, Aalborg
Universitetshospital
Klinik kvinde-barn og
Urinvejskirurgi,
Gynækologisk-Obste-
trisk Afdeling, Aalborg
Universitetshospital

Ugeskr Læger
2016;178:V01160028

Post partum-hysterektomi er et sjældent (0,24-0,3/1.000 fødsler), men livsreddende indgreb, der oftest foretages pga. svær blødning som følge af atoni, placenta praevia/accreta eller uterusruptur [1, 2]. Vi beskriver en sygehistorie, hvor der blev foretaget hysterektomi på indikationen nekrotisk uterus tolv timer efter sectio, hvilket ikke tidligere er beskrevet i litteraturen.

SYGEHISTORIE

En 35 årig andengangsfødende, der tidligere havde været rask, fraset let præeklamsi (PE) i første graviditet, hvor hun fødte vaginalt efter igangsættelse til terminen. I den aktuelle graviditet fik hun begyndende PE i graviditetsuge 33. PE'en viste sig ved proteinuri og hypertension, som blev behandlet med (methyldopa 250 mg × 4), men præeklampsi-prøverne viste normale værdier. I uge 36 + 6 blev fødslen sat i gang pga. vigende vækst og påvirket flow hos fosteret. Pga. føtalt *distress* endte fødslen i akut sectio. Ved sectionen var der en udrift fra uterotomien, der uden vanskeligheder blev sutureret med efterfølgende hæmostase. Der blev givet profylaktisk antibiotika (cefuroxim). Ni timer efter sectionen havde kvinden blødt 1.600 ml. Blødningen per vaginam var ophørt på behandling med oxytocin, misoprostol og tranexamsyre. Klinisk forværredes kvindens tilstand med abdominalsmerter og hypotension, og

man foretog en reoperation på mistanke om intraabdominal blødning. Paraklinisk var der et uklart billede med tegn på hæmolyse, forhøjede leverenzymværdier og et lavt antal blodplader (HELLP) samt dissemineret intravaskulær koagulation (DIC) med hæmolyse eller infektion (**Tabel 1**). Ved operationen fandtes, meget usædvanligt, store retroperitoneale hæmatomer bilateralt, men ingen aktiv blødning. Årsagen til hæmatomerne kunne ikke findes. Uterus var atonisk og hypoperfunderet. Venstre adnex var nekrotisk og blev fjernet. Efter anlæggelse af B-lync-sutur blev uterus og højre adnex vurderet til at være vitale. Der var ingen patologi i de øvrige intraabdominale organer. Postoperativt var kvinden anurisk og havde tiltagende ustabil kredsløb, hvorfor hun blev reopereret seks timer senere. Uterus og højre adnex blev fjernet på grund af nekrose, og herefter stabiliseredes cirkulationen øjeblikkeligt. Der blev påbegyndt empirisk antibiotikabehandling (cefuroxim og metronidazol), og et døgn post partum havde hun intet behov for respirator- og kredsløbsunderstøttende terapi. Hun var fortsat nyreinsufficent og overgik til hæmodialyse. Tre måneder post partum ophørte dialysebehandlingen, og nyrefunktionen var i bedring. Hun blev efterfølgende fundet homozygot for faktor V_{Leiden}-mutation.

I den patologiske rapport blev der beskrevet hæmragisk infarcering i højre og venstre ovarium. Uterus blev beskrevet som havende såvel svær blødning som akutte staseforandringer. Derudover var der en del kar med trombose. Der blev ikke fundet placentarester, malignt udseende væv eller infektion.

DISKUSSION

I den akutte fase var det kliniske billede uklart. Overvejelserne gik på atoni, PE/HELLP, DIC og mulig sepsis. Desuden var der uforklarlige retroperitoneale hæmatomer. Det, der forværrede den kliniske situation væsentligt, var toksinfrigivelsen fra vævsnekrosen i uterus og adnekserne. Efter den første reoperation var der en markant stigning i både kalium- og laktatniveauet. Det styrkede mistanken om, at der var et nekrotisk organ. Eftersom man havde identificeret de afficerede organer, kunne radiologisk udredning ikke have bidraget til, men snarere forsinket, behandlingen.

Ved den patologiske analyse fandt man trombose og

Nekrotisk uterus.



TABEL 1

	Tid i forhold til section ^a , t.						
	-16	4,5	7,5	14	15,5	27,5	39
CRP-koncentration, mg/l	-	3,9	-	26	-	84	151
Leukocytikoncentration, × 10 ⁹ /l	-	16,9	-	29,8	-	11,6	14,9
Hæmoglobinkoncentration, mmol/l	8,6	7,7	6,5	6,2	-	5,2	4,6
Trombocytikoncentration, × 10 ⁹ /l	127	91	69	80	-	40	37
INR	0,9	1,0	1,2	1,3	-	1,2	1,1
APTT, s	27	32	44	48	-	43	43
D-dimerkoncentration, mg/l	1,7	> 22,4	> 22,4	> 22,4	-	5,6	2,2
Fibrinogenkoncentration, µmol/l	11	6,5	1,3	2,4	-	6,3	9,6
<i>Rotational tromboelastometri</i>							
EXTEM:							
CT, s	-	-	-	-	109	-	53
A10, mm	-	-	-	-	30	-	39
FIBTEM-A10, mm	-	-	-	-	3	-	17
INTEM-CT, s	-	-	-	-	214	-	242
Kreatininkoncentration, µmol/l	57	87	110	168	-	168 ^b	191 ^b
Uratkoncentration, mmol/l	0,44	0,42	0,38	-	-	-	-
Alanintransaminasekoncentration, E/l	13	12	11	43	-	621	695
Laktatdehydrogenasekoncentration, E/l	198	662	984	854	-	2.933	4.635
Bilirubinkoncentration, µmol/l	5	-	24	19	-	15	18
Kaliumkoncentration, mmol/l	3,9	5,1	5,5	5,7	-	4,2 ^b	4,8 ^b

A10 = amplitude efter 10 min; APTT = aktiveret partiel tromboplastintid; CRP = C-reaktivt protein; CT = clotting time; INR = international normaliseret ratio, koagulation.

a) 1. reoperation: 9 t.; 2. reoperation med hysterektomi: 15 t.

b) Under kontinuerlig hæmofiltration.

Biokemiske værdier i det akutte forløb.

hæmorrhagisk infarcering, hvilket kunne tyde på koagulopati, men det gav ikke svar på, om det var det primære problem eller noget sekundært. Både patientens PE og mulige uterusotoni kan have initieret DIC, hvilket kan være årsag til trombose.

Det cirkulatoriske kollaps har bidraget til yderligere hypoperfusion. At patienten efterfølgende blev fundet homozygot for faktor V_{Leiden}, åbner for en diskussion om, hvad der var den primære årsag til trombose og efterfølgende nekrotisering. Hvis man havde kendt til mutationen inden, havde patienten fået profylaktisk antitrombotisk behandling. Det havde kun haft betydning, hvis årsagen var patientens mutation. Antitrombotisk behandling kunne ikke have forhindret udvikling af DIC.

I tidligere kasuistikker har man beskrevet fund af nekrose af uterusotoni og været nødt til at foretage hysterektomi (≥ 5 dage post partum) [4]. Boie et al beretter om en patient med alvorlig endomyometritis, trombose af højre a. uterina og septiske emboli, hvor hysterektomi også var indiceret (> 1 uge post partum) [5].

Uterusnekrose kan have et hurtigt og potentielt fatalt forløb, hvor hurtig diagnose og hysterektomi er vigtig for både mortalitet og morbiditet.

SUMMARY

Peter Søndergaard Thyrestrup, Charlotte Brix Andersson & Søren Kjærgaard

Uterine necrosis upon acute caesarean section in a homozygous factor V_{Leiden} patient
Ugeskr Læger 2016;178:V01160028

Peripartum hysterectomy is a rare but life-saving procedure. Haemorrhage, atony, placenta accreta/praevia or uterus rupture are the most common reasons for hysterectomy. This case report presents a 35-year-old woman, gravida 2, para 1, with total necrosis of the uterus and ovaries bilaterally after an acute caesarean section. Pathological examination showed thrombosis and haemorrhagic infarction. Besides pre-eclampsia the patient had no comorbidity. Later analysis found homozygosity for factor V_{Leiden} mutation. Hysterectomy was life-saving but the patient developed acute renal failure with late recovery.

KORRESPONDANCE: Peter Søndergaard Thyrestrup.

E-mail: sondergaardp@gmail.com

ANTAGET: 10. maj 2016

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 11. juli 2016

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

LITTERATUR

1. Jakobsson M, Tapper AM, Colmorn LB et al. Emergency peripartum hysterectomy: results from the prospective Nordic Obstetric Surveillance Study (NOSS). Acta Obstet Gynecol Scand 2015;94:745-54.

2. Sakse A, Weber T, Nickelsen C et al. Peripartum hysterectomy in Denmark 1995-2004. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:1472-5.
3. Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P et al. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2008;111:97-105.
4. Rivlin ME, Carroll CS, Morrison JC et al. Uterine incisional necrosis complicating cesarean section. *J Reprod Med* 2003;48:687-91.
5. Boie S, Krog J, Tørring S et al. Life-threatening myometritis, due to group A streptococcus – still a life-threatening condition. *Clin Case Rep* 2015;3:291-3.