

# Asymptomatisk spontan uterusruptur uden tidligere sectio

Stine Kretzschmar Nielsen & Lars Høj

## KASUISTIK

Kvindeafdelingen,  
Hospitalsenheden  
Horsens

Ugeskr Læger  
2017;179:V09160630

Uterusruptur er en sjælden, men frygtet obstetrisk katastrofe, som kan have fatal udgang for både mor og barn. Rupturen opstår oftest under selve fødslen, men er også beskrevet uden forudgående veaktivitet. Rupturen medfører oftest abdominale smerter, påvirket hæmodynamik, vaginal blødning og svær føtal bradykardi.

De stærkeste risikofaktorer er sectio antea og tidligere operationer på uterus, men også multiparitet, flerdødsgraviditet, uterotonika, fundustryk, placenta accreta, traumer og medfødt eller erhvervet svaghed af uterus disponerer for uterusruptur [1].

I The Nordic Obstetric Surveillance Study fandt man en incidens for uterusruptur på 5,6 ud af 10.000 hos gravide, der tidligere havde fået foretaget sectio. Hos gravide, som ikke tidligere har fået foretaget sectio, ses det meget sjældnere, estimeret til ca. 0,5 ud af 10.000 fødsler [2]. Ca. 9% af alle rupturer opstår hos kvinder, der ikke forudgående har fået foretaget sectio [2].

## SYGEHISTORIE

En 36-årig, rask kvinde, gravida 3, para 1, havde tidligere fået foretaget laparoskopisk cystefjernelse fra højre ovarium og evacuatio uteri pga. en *missed abortion* i uge 12. Hun havde haft en ukompliceret vaginal fødsel i 2008. Den nuværende graviditet var ukompliceret, og hun havde fulgt den almindelige svangre-omsorg.

Kvinden gik spontant i fødsel i gestationsuge 39 + 4 dage. Da hun var lavrisikoandengangs fødende lyttede man efter normal hjertelyd intermitterende mellem veerne. Hun ønskede smertelindring, da orificium var åbnet til 7 cm, og caput stod i bækkenindgangen med spændt hindeblære; hun fik anlagt epiduralblokade med god effekt. Blodtrykket efter epiduralblokaden var normalt. Da der efterfølgende rutinemæssigt blev foretaget kardiotokografi (CTG), kunne der ikke registreres hjertelyd. En caputelektrode kunne ikke påsættes, da caput ikke længere kunne nås. De tilkaldte læger verificerede den manglende hjerteaktivitet hos fosteret og fandt uterus uømt, blød og atonisk. Barnet lå nu i skråleje med caput over bækkenindgangen. Den fødende var fuldstændig smertefri og tryk stabil, men helt uden veaktivitet. Forældreparret blev orienteret om det mulige forløb, og det blev aftalt at afvente veer og spontan fødsel.

Otte timer senere havde veerne endnu ikke rejst sig. Der blev skannet igen og foretaget amniocentese på en lille sø, der viste sig at være meget blodig. Herefter blev der opsat oxytocindrop, men det var ikke muligt at fremkalde veer. Mater var stadig tryk stabil og smertefri. Efter 18 timer uden progression blev der foretaget sectio. Her fandt man fosteret frit i abdomen, og der var total ruptur fra fundus uteri til fossa Douglasi (**Figur 1**). Uterus var velkontraheret, og placenta var delvist beliggende i uterus. Der blev fundet 200 ml blod i abdomen.

## DISKUSSION

I sygehistorien var der ingen kliniske tegn forud for uterusrupturen, og de eneste forandringer, der kunne have fremskyndet erkendelsen heraf, var skiftet i fosterets stilling og den manglende veaktivitet. Man havde ikke mistanke om diagnosen, da kvinden ikke havde sectio antea, og det som beskrevet tidligere sker meget sjældent. Ligeledes kunne man forestille sig, at ultralydfundene havde ledt tanker hen på diagnosen, men fundene var ikke indlysende, og da man ikke havde uterusruptur i tanker, blev der ikke set efter myometrikkelse eller -kontinuitet.

Kontinuerlig CTG under epiduralanlæggelse ville formentlig have vist bradykardi og kunne muligvis have reddet fosteret. Spørgsmålet om, hvorvidt epiduralblo-

**FIGUR 1**

Fund ved sectio. Ruptur af uterus fra fundus uteri til fossa Douglasi. Uterus er velkontraheret.



kaden kunne have sløret patientens smerter, søgtes besvaret i et studie af *Ouzounian et al* [3], hvor 94% af de inkluderede kvinder havde fået epiduralblokade, men der fandtes ingen sammenhæng mellem anæstesi-metode og symptomkarakter og -grad.

Derimod synes læsionens lokalisering på uterus at kunne have betydning. Ifølge *Gibbins et al* [4] kan ruptur af bagsiden af uterus eller ved parametriet hos en patient, der har fået epiduralblokade, være årsag til ændringer i vitalparametrene uden subjektive symptomer eller fund. Ruptur af cervix eller øverste del af vagina giver oftest kraftig blødning, og ved involvering af blæren kan der ses hæmaturi.

Det er også beskrevet, at komplet uterusruptur kan maskeres, hvis rupturen sidder på forsiden af uterus og dækkes af oment, eller på bagsiden hvor fosterdele kan dække for rupturen [5].

Man kan formode, at årsagen til rupturen på bagsiden af uterus hos kvinden i sygehistorien skyldtes en tidligere perforation, der var opstået ved evacuatio og sprang op pga. veerne.

I flere studier har man forsøgt at finde metoder til at forudse uterusruptur, men uden held. Også en fulminant uterusruptur kan i sjældne tilfælde være svær at diagnosticere pga. sparsomme kliniske tegn.

Ændring af uterus' form, veaktivitet og fosterstilling skal medføre overvejelser om uterusruptur.

## SUMMARY

Stine Kretzschmar Nielsen & Lars Høj:

Asymptomatic spontaneous rupture of the uterus without previous sectio

Ugeskr Læger 2017;179:V09160630

Rupture of the uterus is rare but catastrophic. Rupture often results in fetal bradycardia, abdominal pain, haemodynamic changes and vaginal bleeding. A 36-year-old healthy woman, gravida 3, para 1, went into spontaneous labour at gestation age 39 + 4, and at orificium 7 cm she received epidural analgesia. Following the epidural, the fetal heartbeat could not be registered by external cardiotocography, and caput could not be palpated. Spontaneous birth was attempted, but a caesarean section was necessary. The baby was found in the abdomen. Uterus was successfully contracted, thus preventing fatal bleeding. Asymptomatic rupture of the unscarred uterus is rare and difficult to diagnose.

**KORRESPONDANCE:** Stine Kretzschmar Nielsen.

E-mail: stinekretzschmar@gmail.com

**ANTAGET:** 12. december 2016

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 27. februar 2017

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

**TAKSIGELSE:** Niels Ulbjerg og Christina Hjørnet Kamper takkes for faglig sparring.

## LITTERATUR

1. Chang CY, Chou SY, Chu IL et al. Silent uterine rupture in an unscarred uterus. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2006;45:250-2.
2. Colmorn LB, Petersen KB, Jakobsson M et al. The nordic obstetric surveillance study: a study of complete uterine rupture, abnormally invasive placenta, peripartum hysterectomy, and severe blood loss at delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015;94:734-44.
3. Ouzounian JG, Quist-Nelson J, Miller DA et al. Maternal and fetal signs and symptoms associated with uterine rupture in women with prior cesarean delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2015;28:1270-7.
4. Gibbins KJ, Weber T, Holmgren CM et al. Maternal and fetal morbidity associated with uterine rupture of the unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213:382.e1-382.e6.
5. Matsubara S. »Masked uterine rupture«: key to diagnosis. *Arch Gynecol Obstet* 2012;286:1075-6.