

Septisk abort med massiv koagulopati og behov for akut hysterektomi

Kamilla Kannegård Karlsen¹, Emil Ainsworth Jochumsen², Maje Thode Rask¹, Gudrun Neumann¹ & Kirsten Marie Jochumsen¹

KASUISTIK

1) Gynækologisk
Obstetriske Afdeling,
Odense
Universitetshospital
2) Klinisk Immunologisk
Afdeling, Odense
Universitetshospital

Ugeskr Læger
2018;180:V03180203

Septisk abort er betegnelsen for infektion i placenta og foster i forbindelse med induceret eller spontan abort. Tilstanden er potentielt meget alvorlig pga. risiko for spredning til uterus og systemisk spredning med risiko for sepsis.

Infektionen kan opstå ved usterile forhold ved gynækologisk undersøgelse eller kirurgiske indgreb, men kan også opstå spontant på baggrund af eksisterende bakterier hos kvinden [1].

Septisk abort ses yderst sjældent i Danmark, mens tilstanden ses noget hyppigere i ikkeindustrialiserede lande og lande uden fri abort [2, 3].

SYGEHISTORIE

En 34-årig gravid kvinde, gestationsalder 13 uger + 6 dage, blev set akut af gynækologisk vagthavende i akutmodtagelsen pga. svære, nedre abdominalsmerter. Kvinden havde tidligere været gravid fem gange. Hun havde født en gang ved sectio og haft fire spontane aborter. Den aktuelle graviditet var opnået efter in vitro-fertilisation.

Hun var ved ankomsten alment påvirket og havde smerter i nedre abdomen, et blodtryk på 92/61 mmHg, en puls på 130 slag/min og en temperatur på 38,5 °C. Ved en gynækologisk undersøgelse sås brunt/gulligt udflåd fra orificiet, og palpation afslørede svær ømhed af uterus. En ultralydskanning viste intrauterin graviditet med foster uden hjerteaktion, anhydramnios og et

Uterus med infektiøs placenta accreta.



intrauterint hæmatom. Der iværksattes initialt væskebehandling og i.v.-givet antibiotikabehandling med cefuroxim og metronidazol pga. inficeret igangværende spontan abort. Paraklinisk bestiltes målinger af infektions- og væsketal. Der blev podet fra cervix, og urin- og blodprøver blev sendt til dyrkning.

Inden for de flg. to timer sås yderligere blodtryksfald og temperaturstigning til 39,7 °C. De parakliniske værdier var: trombocytter 72 mia./l, international normaliseret ratio 0,93, C-reaktivt protein 52 mg/l, leukocytter 3,6 mia./l og hæmoglobin 6,7. I samråd med anæstesiologisk afdeling fandtes indikation for akut evakuering.

Indgrebet blev indledt ca. tre timer efter patientens ankomst til hospitalet. Cervikal dilatation var ukompliceret, hvorefter der opstod en ukontrollabel blødning. Uterus kunne ikke tømmes fuldstændigt trods flere forsøg med sug og curette. Pga. kraftig blødning blev det besluttet at afstå fra yderligere forsøg på fuldstændig tømning af uterus, og der blev oplagt en Bakriballon til stabilisering. Blødningen androg her 3.200 ml.

Patienten udviste samtidig tegn på svær koagulopati med uprovokeret blødning uden koageldannelse fra mund og næse. Ud fra ROTEM-analyser blev hun behandlet med fibrinogen, frisk frosset plasma og multiple koagulationsprodukter samt trombocytter og tranexamsyre. Trods denne behandling var der fortsat uprovokeret blødning uden koagler. I forsøg på stabilisering blev der givet eptacog alfa. Herefter sås der begyndende koageldannelse, og da der var fortsat blødning fra uterus, blev det besluttet at foretaget akut hysterektomi på vital indikation.

Ved laparotomien sås der ingen intraabdominal blødning. Uterus indeholdt rester af fostervæv og mørkt placentavæv. Placenta sås at være vokset ind i den tidligere sectiocikatrice, og der var tegn på infektion. Bakriballonen perforerede myometriet, men peritoneum var intakt. Den samlede blødning under forløbet var på 9.940 ml, heraf ca. 1.000 ml under hysterektomien.

Efterfølgende blev patienten overført til en intensivafdeling og behandlet for multiorgansvigt. Dyrkning fra urin, blod og evakueret viste *Escherichia coli*. Der blev givet relevant i.v.-antibiotisk behandling iht. dyrk-

ningsssvar. Hun rettede sig spontant i løbet af fem døgn, kom på gynækologisk sengeafsnit på sjattedagen og blev udskrevet på niendedagen.

Hun havde efterfølgende ingen men bortset fra følger af tabt fertilitet.

DISKUSSION

Denne livstruende situation har givet anledning til overvejelser om modtagelse og håndtering af akut dårlige gynækologiske patienter samt overvejelser om tidsperspektivet i stabilisering, antibiotikabehandling og evakuering. Først og fremmest er det vigtigt at være opmærksom på diagnosen og dens alvorlighed, så stabiliserende og antibiotisk behandling hurtigt kan iværksættes. Da patienter af denne type ofte visiteres i akutmodtagelsen, bør tilstanden kendes af alle læger, der arbejder med akutmodtagelse.

Det er et dilemma om, hvorvidt der skal foretages sepsisbehandling eller evakuering af det inficerede væv.

I litteraturen foreligger der ingen sikker evidens, men dog anbefaling om stabilisering med væske og antibiotika forud for hurtig kirurgisk intervention [4].

I sygehistorien gik der ca. tre timer fra ankomsten til indgrebets start. På det tidspunkt var der allerede tegn på udvikling af svær koagulopati, og det var nødvendigt at foretage hysterektomi på vital indikation. Patienten og hendes pårørende var ikke informeret om risikoen for hysterektomi forud for indgrebet. Denne risiko skal principielt altid nævnes forud for instrumentering af uterus, men er i særdeleshed vigtig forud for kompliceret evakuering med inficeret væv.

SUMMARY

Kamilla Kannegård Karlsen, Emil Ainsworth Jochumsen, Maje Thode Rask, Gudrun Neumann & Kirsten Marie Jochumsen: Septic abortion with massive coagulopathy and subsequent acute hysterectomy
Ugeskr Læger 2018;180:V03180203

Septic abortion is a rare, but potentially life-threatening condition. Quick diagnosis and treatment is essential for the outcome. This case report describes a healthy 34-year-old woman who was admitted with abdominal pain, fever and an ongoing spontaneous abortion at gestational age week 13 + 6 days. During evacuation severe bleeding and coagulopathy was seen. She was treated with multiple coagulation products but due to a life-threatening situation an acute hysterectomy was performed. She was discharged after nine days.

KORRESPONDANCE: Kamilla Karlsen. E-mail: kamilla.karlsen@rsyd.dk

ANTAGET: 3. juli 2018

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 17. september 2018

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

LITTERATUR

1. Sajadi-Ernazarova KR, Martinez CL. Abortion, complications. StatPearls Publishing, 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430793/> (9. aug 2018).
2. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. WHO, 2011.
3. Grimes DA, Benson J, Singh S et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. Lancet 2006;368:1908-19.
4. Eschenbach DA. Treating spontaneous and induced septic abortions. Obstet Gynecol 2015;125:1042-8.