

Kasuistik

Ugeskr Læger 2022;184:V12210900

Inversio uteri er en sjælden men potentiel livstruende obstetrisk komplikation

Karina Fogh Trelborg & Birgitte Freilev Lindved

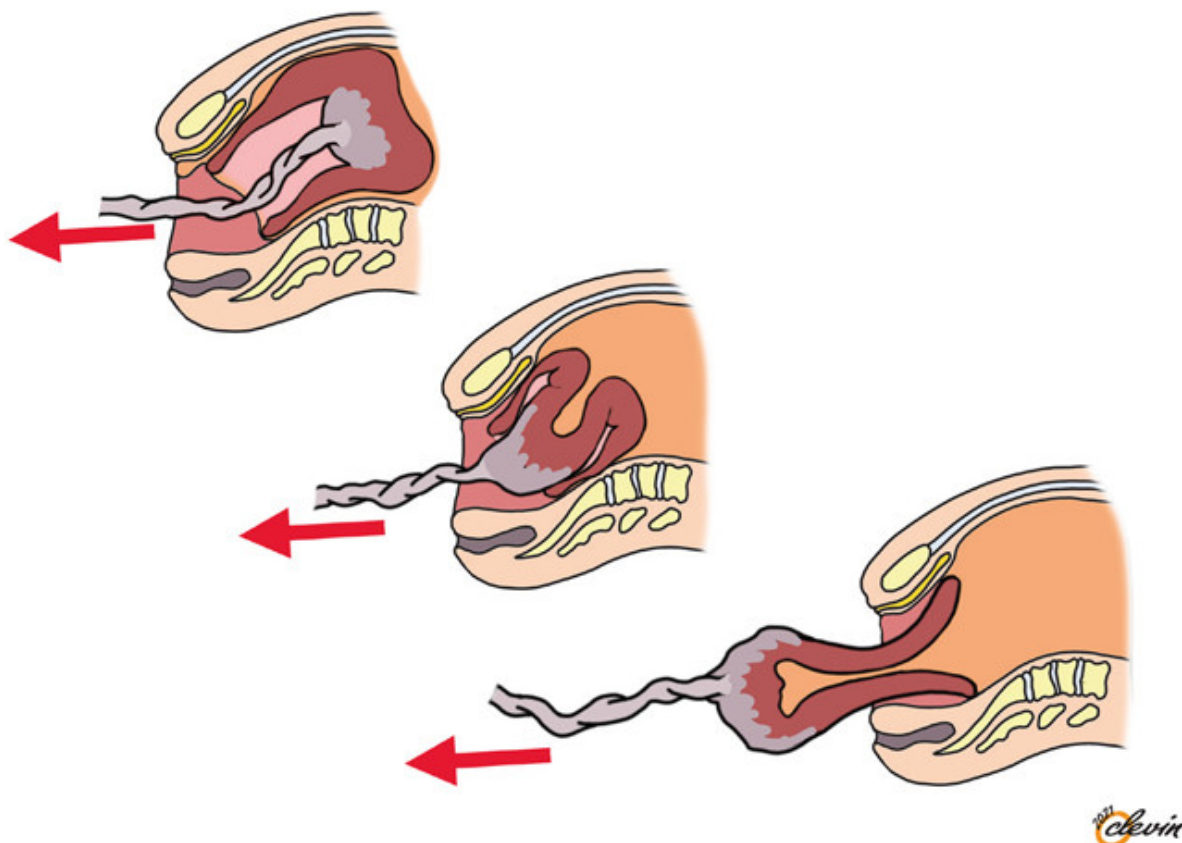
Kvindesygdomme og Fødsler, Regionshospitalet Horsens

Ugeskr Læger 2022;184:V12210900

Puerperal inversion af uterus er en velbeskrevet og frygtet obstetrisk komplikation, hvor fundus uteri inverterer og i varierende grad prolaberer ned gennem uterinkaviteten/vagina (**Figur 1**). Tilstanden kan medføre massiv blødning og hæmodynamisk instabilitet, hvorfor hurtig diagnostik og håndtering er essentielt. I nyere opgørelser beskrives tilstanden at forekomme 0,5-2,9 gange pr. 10.000 fødsler [1, 2]. Maternel mortalitet er tidligere rapporteret i op til 15% af tilfældene, men forekommer ikke længere i højindkomstlande [3].

Hyppigste symptomer er post partum-blødning, hypovolæmisk shock og nedre mavesmerter [3]. Ofte beskrives hypovolæmi og shock i en grad, der ikke tilsvarende blodtab grundet parasympatisk aktivering som følge af stræk af ligamenter og peritoneale nerver [3]. Diagnosen er klinisk, og mistanken rejses, når fundus ved bimanuel palpation ikke kan palperes på den normale placering, og der ved inspektion gennem vagina ses en broget flade med pågående blødning. Inversion ses også forud for placentas fødsel og ved sectio, og i disse tilfælde er diagnosen mere umiddelbar.

FIGUR 1 Uterusinversion i forskellige grader (her vist med placenta). Øverst ses uterusinversion, der ikke er synlig ved inspektion gennem vagina. Herunder vises inversion, hvor fundus uteri prolaberer ned gennem toppen af vagina, som det var tilfældet hos patienten i sygehistorien. Nederst ses komplet inversion.



SYGEHISTORIE

En 29-årig andengangs fødende fødte hurtigt, spontant og vaginalt til termin. Under hendes første fødsel havde hun en post partum-blødning på 1.500 ml og fik manuelt fjernet fastsiddende kotyledoner og hinderester. Begge graviditeter var ukomplicerede.

I denne fødsel blev placenta ikke umiddelbart født, og grundet blødning på knap 1.000 ml på fødestuen blev patienten flyttet til en operationsstue til manuel placenta fjernelse. Ved eksploration fandtes placenta fastsiddende i fundus, og man fik mistanke om, at der var accret placenta (indvækst i myometriet). Det lykkedes at fjerne placenta manuelt under fortsat blødning. Ved inspektion gennem vagina så man blødende tumorlignende væv i collum uteri, og ved manuel palpation kom man op i en påfaldende lille kavitet på den ene side af frembulingen. Under fortsat blødning forsøgte man at anlægge en bakriballon, der gled ud. Pga. mistanke om rumudfyldende proces blev enuklering af et evt. fibrom overvejet, men da cancer ikke kunne udelukkes, forsøgte man med surgical snow samt udtamponering med servietter, der blev gennemblødt efter få minutter. Der blev konfereret med et universitetssygehus og aftalt overflytning mhp. coiling, når patienten var stabiliseret. Forud herfor blev der rejst mistanke om inversio uteri. Man stoppede med at give uterotonika og reponerede uterus, der kontraherede sig spontant, og blødningen ophørte. Undervejs var patienten udtalt cirkulatorisk

ustabil og blev behandlet med blodprodukter og inotropi. Den samlede blødning blev estimeret til at være 4,3 l. Patienten blev udskrevet dagen efter.

DISKUSSION

Selvom uterusinversion er en velbeskrevet tilstand, demonstrerer denne case den kliniske diagnostiske udfordring, når man står over for en blødende kvinde post partum. Ved retrospektiv gennemgang af sygehistorien er diagnosen oplagt og viser, hvordan man kan fikseres i en diagnostisk tankegang, der i en (akut) situation kan være vanskelig at bryde.

Hos patienten i sygehistorien skyldtes blødningen i første omgang fastsiddende placenta. Ved ankomst på operationsstuen palperedes normale forhold i fundus, og formentlig inverterede uterus under den vanskelige forløsning af placenta. Herefter sås der fortsat blødning, og patienten fremstod disproportionalt cirkulatorisk ustabil i forhold til blødningsmængden, og der fandtes palpationsfund, der ændrede sig, samt tilkomst af en blødende flade i toppen af vagina. Differentialdiagnostisk gav dette i situationen anledning til at få mistanke om, at det drejede sig om et fibrom, der er en hyppig årsag til nonpuerperal inversion, men kun er beskrevet kasuistisk post partum [4].

Når uterusinversion erkendes, stoppes uterotonika, og der foretages en manuel repositionering. Herefter kan uterus være atonisk – særligt hvis der har været anvendt tokolytika i forbindelse med repositioneringen – og uterotonikabehandlingen genoptages [3]. Når inversion optræder med placenta in situ, bør uterus reponeres før fjernelse af placenta for at mindske blødning [2].

Det anslås, at ca. 50% af tilfældene med uterusinversion ikke kan forudsiges [3], hvilket understøttes af et stort hollandsk kohortestudie, der finder, at 57% af tilfælde forekommer i lavrisikofødsler [2]. Alvorligheden og uforudsigeligheden i denne tilstand understreger vigtigheden i, at enhver fødselshjælper har kendskab til tilstanden, så hurtig diagnostisk og håndtering sikres.

Korrespondance *Karina Fogh Trelborg*. E-mail: Karina.trelborg@gmail.com

Antaget 30. marts 2022

Publiceret på ugeskriftet.dk 23. maj 2022

Interessekonflikter ingen. Forfatterernes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Taksigelser til *Lotte Clevin*, Graviditet, Jordemor og Fødsler, Bornholms Hospital, for illustration

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2022;184:V12210900

SUMMARY

Inversio uteri is a rare but potentially lethal obstetric complication

Karina Fogh Trelborg & Birgitte Freilev Lindved

Ugeskr Læger 2022;184:V12210900

A case of puerperal uterine inversion is, in this case report, presented in a low risk 29-year-old para 2. After a difficult manual removal of placenta, the patient became disproportionately hypovolaemic shocked compared to blood loss. When the diagnosis was recognized, uterus was reverted, and bleeding ceased momentarily. The precise aetiology of uterine inversion is not known, but factors such as prolonged duration of labour, abnormal

placentation and manipulation of third stage of labour have been proposed. The severity and unpredictable nature emphasize the importance of every birth attendant being aware of this condition.

REFERENCER

1. Coad SL, Dahlgren LS, Hutcheon JA. Risks and consequences of puerperal uterine inversion in the United States, 2004 through 2013. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(3):377.e1-6.
2. Witteveen T, van Stralen G, Zwart J, van Roosmalen J. Puerperal uterine inversion in the Netherlands: a nationwide cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92(3):334-7.
3. Wendel MP, Shnaekel KL, Magann EF. Uterine inversion: a review of a life-threatening obstetrical emergency. *Obstet Gynecol Surv.* 2018;73(7):411-7.
4. Majumdar A, Saleh S, Bird A, Kumarage I. Successful conservative management of inversion of a fibroid uterus by hydrostatic balloon. *J Obstet Gynaecol.* 2010;30(2):202-3.