

Kasuistik

Ugeskr Læger 2022;184:V03220166

Fri luft i abdomen skyldes ikke altid tarmperforation

Hevy Sadraddin Gibrael¹, Mia Prindahl Aerenlund², Yousef Jesper Wirenfeldt Nielsen³ & Vibeke Weltz¹

1) Afdeling for Kvindesygdomme, Graviditet og Fødsler, Københavns Universitetshospital – Herlev og Gentofte Hospital, 2) Gastroenheden, Københavns Universitetshospital – Herlev og Gentofte Hospital, 3) Afdeling for Røntgen og Skanning, Københavns Universitetshospital – Herlev og Gentofte Hospital

Ugeskr Læger 2022;184:V03220166

Vaginaltopsraktur er en sjælden, men potentielt livstruende komplikation til hysterektomi [1-4]. Rupturen kan være partiel eller komplet, hvor vaginaltoppen er bristet med fri adgang til abdomen. Tilstanden kan medføre fremfald af tarm gennem vagina med risiko for inkarceration og sepsis, hvorfor tidlig diagnostik og håndtering er essentielt. Forekomsten af vaginaltopsraktur efter hysterektomi varierer i litteraturen fra 0,14% til 4,1% [1-4]. Data fra Dansk Hysteroskopi og Hysteroskopi Database (DHHD) og eksisterende litteratur viser en øget hyppighed af vaginaltopsrukturer ved robotassisteret og laparoskopiske hysterektomier sammenlignet med abdominale og vaginale hysterektomier [1-5]. I DHHD's årsrapport fra 2020/2021 fremgår det, at 0,4% af alle hysterektomerede fik vaginaltopsraktur inden for seks måneder efter hysterektomien [5]. Typisk ses vaginaltopsraktur inden for de første par måneder efter hysterektomien, og patienterne vil oftest have abdominalia, vaginal blødning eller udflåd og evt. tarmfremfald. Diagnosen er klinisk og stilles ved en gynækologisk undersøgelse med visualisering eller palpation af rupturen [1, 3].

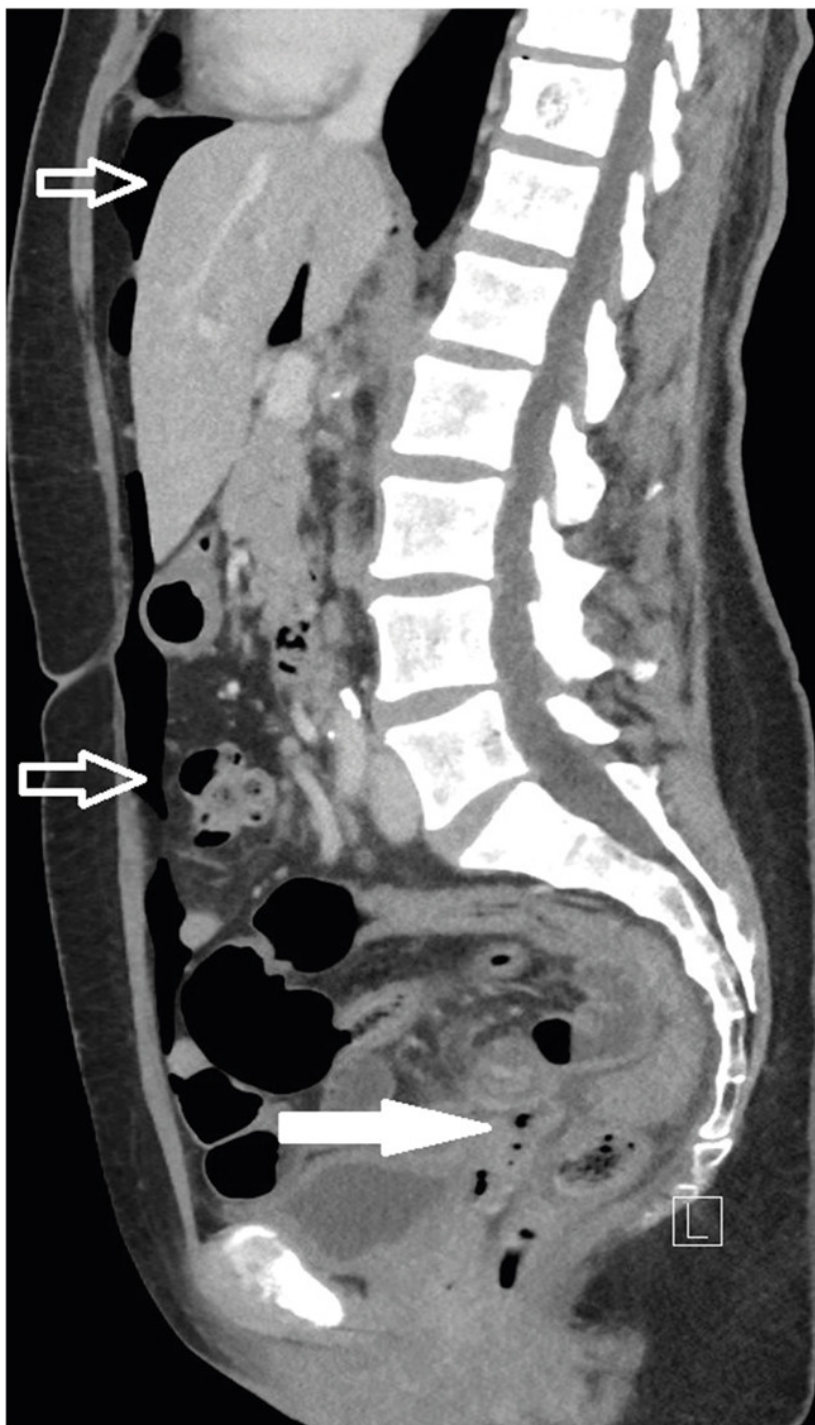
I denne kasuistik beskrives et usædvanligt tilfælde af vaginaltopsraktur 14 år efter total abdominal hysterektomi.

SYGEHISTORIE

En 59-årig kvinde blev indlagt akut via kirurgisk akutmodtagelse pga. abdominalia. Hun var i 2007 blevet totalt hysterektomeret på benign indikation. Hun var normalvægtig, sund og rask og havde ikke tidligere fået foretaget abdominale indgreb. Hun havde et atypisk smertebillede i form af snigende smerter under højre kurvatur uden udstråling, som i løbet af et døgn flyttede sig ned til nedre abdomen. Hun fremstod ikke akut påvirket, men var lokalt peritoneal suprapubisk. Hun var afebril, havde normalt leukocytniveau og CRP-koncentration på 189 mg/l. Grundet det ikke helt

entydige symptombillede overvejede man appendicitis, kolecystitis og ileus som tentative diagnoser. Patienten fik ikke foretaget en gynækologisk undersøgelse. Der blev udført en akut CT af abdomen. CT'en viste fri luft beliggende overvejende op mod forreste bugvæg (**Figur 1**). Grundet inflammatorisk reaktion omkring tyndtarmssegmenter fik man mistanke om perforeret tyndtarmsdivertikel, hvorfor der blev foretaget eksplorativ laparotomi. Her fandt man komplet ruptur af vaginaltoppen og let peritonitis uden absces lokalt over vaginaltoppen. Den gynækologiske bagvagt blev tilkaldt, og sammen lukkede man vaginaltoppen nedefra i to lag og lukkede abdomen. Ved efterfølgende gennemgang af skanningen så man små luftbobler i vagina og over vaginaltoppen (Figur 1).

FIGUR 1 CT af abdomen viser fri luft fortil i abdomen (åbne pile) og små luftbobler ved vaginaltoppen (fyldt pil). Der er inflammatoriske forandringer i tyndtarms-segmenterne beliggende over vaginaltoppen.



Patienten forblev indlagt i tre døgn til behandling med i.v. antibiotika i gynækologisk regi og havde et ukompliceret postoperativt forløb. Hun fortalte, at hun i mange år efter hysterektomien ikke havde haft et aktivt seksualliv indtil for to måneder siden, hvor hun fik en kæreste og

genoptog samlivet. Hun beskrev, at vaginalt samleje med penil penetration initialt havde været forbundet med ubehag. Dagen inden indlæggelsen havde patienten haft vaginalt samleje. Patienten blev udskrevet med anbefaling om at afstå fra vaginalt samleje i to måneder samt påbegynde behandling med østrogenvagitorier. Ved kontrol to måneder postoperativt var patienten i velbefindende, syningen i vaginaltoppen var sufficient og reaktionsløs, og abdomen havde en fint helende midtlinjecatrice.

DISKUSSION

En årsag til vaginaltoppsruptur er coitus, inden syningen er fuldstændigt helet, og ses typisk hos præmenopausale [1, 2, 4]. Vaginaltoppsruptur kan også opstå spontant eller som følge af øget intraabdominalt tryk og ses ofte hos postmenopausale, hvilket tilskrives et hypoøstrogen niveau og vaginal atrofi.

Ved en retrospektiv gennemgang af casen kunne en gynækologisk undersøgelse potentielt have afsløret vaginaltoppsrupturen, og det kan diskuteres, hvorvidt det eventuelt havde medført, at man havde indledt laparoskopisk eller med at sy rupturen transvaginalt. Denne case viser, hvor vanskeligt det kan være, når man modtager en patient i denne aldersgruppe med mavesmerter, da akutte symptomer fra genitalia interna her er sjældne, mens gastrokirurgiske årsager er mest oplagt [1-4].

Vi ønsker at fremhæve denne case for at gøre opmærksom på, at fri luft i abdomen ikke altid skyldes perforation af ventrikel eller tarm. En anden omend sjælden årsag kan være ruptur af vaginaltoppen efter hysterektomi.

Korrespondance *Hevy Sadraddin Gibrael*. E-mail: hevysadr@gmail.com

Antaget 24. maj 2022

Publiceret på ugeskriftet.dk 18. juli 2022

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

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2022;184:V03220166

SUMMARY

Pneumoperitoneum is not always caused by bowel perforation: a case report of vaginal cuff dehiscence

Hevy Sadraddin Gibrael, Mia Prindahl Ærenlund, Yousef Jesper Wirenfelddt Nielsen & Vibeke Weltz

Ugeskr Læger 2022;184:V03220166

Postcoital vaginal cuff dehiscence is a rare but well documented complication of hysterectomy. Common symptoms are vaginal bleeding and abdominopelvic pain with or without evisceration of the intraperitoneal contents through the separated vaginal cuff, which can lead to bowel injury, necrosis and sepsis. This potentially life-threatening condition usually occurs during the first postoperative act of intercourse or within the first few months of surgery. This case report presents the unusual case of vaginal cuff dehiscence in a 59-year-old woman 14 years after a total abdominal hysterectomy.

REFERENCER

1. Nezhat C, Kennedy Burns M, Wood M et al. Vaginal cuff dehiscence and evisceration: a review. *Obstet Gynecol.* 2018;132(4):972-85.
2. Rueda-Espinel S, Cobos-Mantilla F. Management of transvaginal bowel evisceration secondary to vaginal vault dehiscence following hysterectomy: case report and review of the literature. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2019;70(2):129-35.
3. Hur HC, Lightfoot M, McMillin MG, Kho KA. Vaginal cuff dehiscence and evisceration: a review of the literature. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2016;28(4):297-303.
4. Cronin B, Sung VW, Matteson KA. Vaginal cuff dehiscence: risk factors and management. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(4):284-8.
5. Dansk Hysterektomi og Hysteroskopi Database. National Årsrapport 2020/21, 2021. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/kvalitet/kliniske-kvalitetsdatabaser/specifikke-procedurer/hysterektomi-database/> (11. mar 2022).