

Kasuistik

Ugeskr Læger 2022;184:V04220258

Traumatisk uterusruptur hos gemelligravid medførende nødhysterektomi

Ane-Kersti Skaarup Knudsen^{1, 2} & Attila Botházi¹

1) Kvindesygdomme og Fødsler, Regionshospitalet Viborg, Hospitalsenhed Midt, 2) Kvindesygdomme og Fødsler, Regionshospitalet Gødstrup, Hospitalsenhed Vest

Ugeskr Læger 2022;184:V04220258

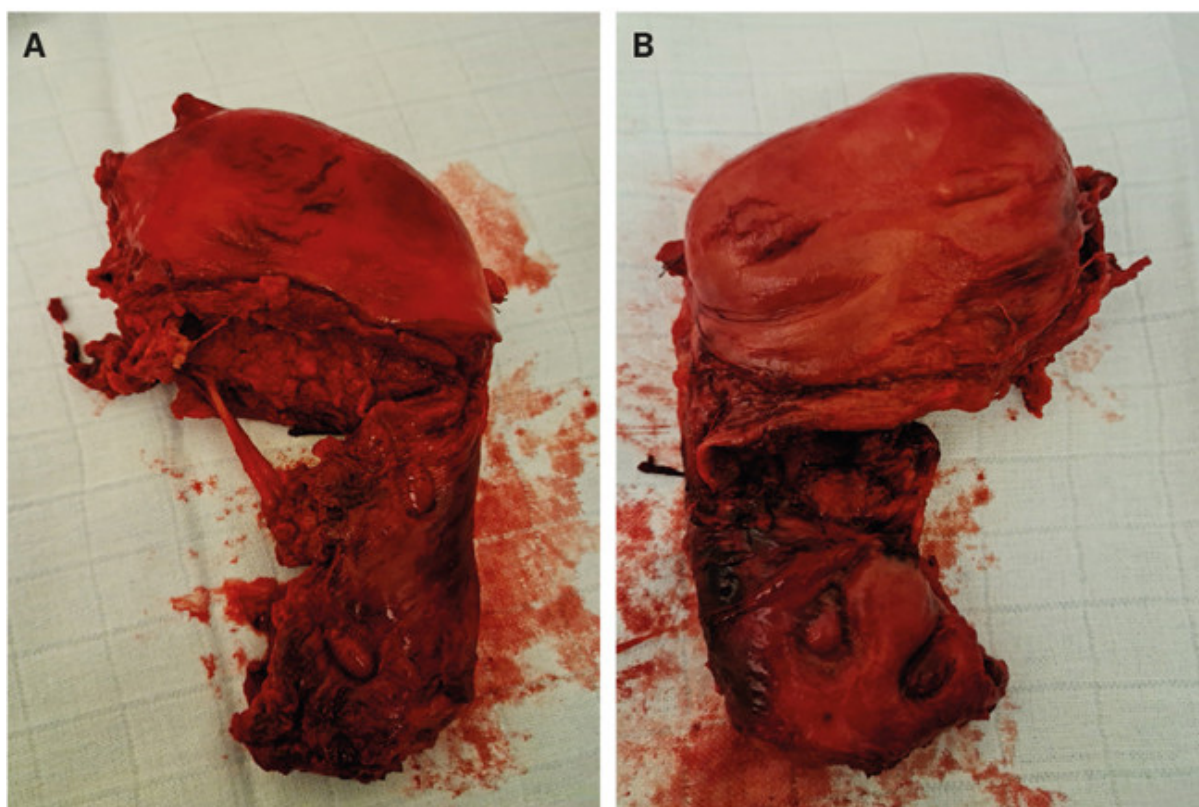
Gravide, som er involveret i motorkøretøjskollisioner, kan risikere svære obstetriske komplikationer. Uterusruptur hos gravide udsat for højenergitraumer er en alvorlig problemstilling, der potentielt kan resultere i fosterdød, nødhysterektomi og ultimativt maternel død. De primære symptomer ved uterusruptur kan være pludselige abdominalsmerter, udspilet abdomen, vaginal blødning, palpable føtaldele, pludseligt fald i føtal hjerterytme samt maternel hypovolæmisk shock. Hurtig og korrekt diagnostik med klinisk vurdering er essentiel, eventuelt suppleret med »focused assesment with sonography for trauma« (FAST)-UL-skanning eller traume-CT [1]. Hos gravide med tidligere kejsersnit er der risiko for uterusruptur på 1-2%. Nødhysterektomi hos gravide er hyppigst beskrevet hos multiparae med ukontrollabel post partum-blødning efter kejsersnit [2]. Antallet af nødhysterektomier i Danmark hos gravide, som har været involveret i traumer, er for nuværende ukendt. Dog må det formodes, at tallet er lavt. I denne sygehistorie præsenteres en obstetrisk katastrofe hos en gemelligravid med livstruende uterusruptur, som medførte akut nødhysterektomi.

SYGEHISTORIE

En 30-årig kvinde, sund og rask, para 0, gravida II, tidligere en spontan abort og aktuelt gravid med dikoriske diamniotiske gemelli i gestationsuge 15 + 6 dage, blev bragt ind via traumemodtagelsen efter involvering i en motorkøretøjskollision. Patienten havde været fastspændt medpassager, og airbags var blevet udløst. På ulykkesstedet blev der rejst mistanke om fri væske i abdomen, opstartet blodtransfusion og givet smertestillende behandling. Ved ankomst til lokalt sygehus var patienten hæmodynamisk stabil (blodtryk 110/99 mmHg, puls 130 slag/min), og hæmoglobinniveauet var 7,6 mmol/l. Objektivt var patienten vågen (Glasgow Coma Scale 14), smerteklagende og havde seletegnende ekkymose ved nedre del af abdomen. Der blev foretaget FAST-UL-skanning ved gynækologisk/obstetrisk vagthavende med fund af anhydramnion, ét sikkert foster uden hjerteaktion i nedre del af abdomen samt stærk klinisk mistanke om uterusruptur. Supplerende traume-CT viste foruden multiple ortopædkirurgiske traumer tegn på uterusruptur, ekstrauterin lokalisation af ét af de to fostre og fri væske i abdomen beskrevet som blodtilblandet amnionvæske. Der blev foretaget akut eksplorativ laparotomi. Peroperativt fandtes hæmoperitoneum med 3.300 ml væske, to ekstrauterint beliggende fostre uden livstegn samt tydelig uterusruptur med pågående blødning fra a. uterina dextra. Der blev konstateret totalruptur af følgende højresidige strukturer: l. latum uteri, l. ovarii proprium, l. teres uteri og salpinx. Uterus sad fastholdt i knap 1 cm tilbageblivende myometrium og parametrium i venstre side (Figur 1A). Patienten blev lavtrykket peroperativt og fik inotropisk behandling, relevante transfusioner, uteruskontraherende medicin og antibiotika. Der blev foretaget supravaginal hysterektomi og dobbeltsidig salpingektomi. Patienten blev efterfølgende

behandlet for sine ortopædkirurgiske problemstillinger og udskrevet 25 dage efter traumeepisoden.

FIGUR 1 Postoperativt billede af uterus efter nødhysterektomi set ventralt (A) og dorsalt (B) fra. Isthmusdelen neden for corpus uteri er delvist overrevet og fastsiddende i knap 1 cm myometrium. Bringes med patientens tilladelse.



DISKUSSION

Uterusruptur hos gravide involveret i højenergitraumer er en katastrofal føtal og maternel situation, især pga. den øgede uterin-placentale blodgennemstrømning. Der er tidligere i litteraturen beskrevet internationale tilfælde, hvor motorkøretøjkollisioner har medført uterusruptur hos gravide, hvor nødhysterektomi oftest har været nødvendigt [3, 4]. Til vores kendskab er det uvist, hvor mange maternelle dødsfald i de nordiske lande som indirekte skyldes motorkøretøjkollisioner [5]. Ved højenergitraumer er manglende brug af sele og udløsning af airbags kendte årsager til bl.a. abruptio placentae, uterusruptur og fosterdød [1]. Specifikke graviditetsseler er udviklet, disse anbefales dog ikke i Danmark, da studier har vist, at trafiksikkerheden ikke øges. I denne sygehistorie beskrives en gemelligravid, som fik foretaget akut nødhysterektomi for at bedre den maternelle overlevelse samt mindske postoperative komplikationer såsom risikoen for reblødning, hypovolæmisk shock og reoperation ved denne traumepatient. Det blev vurderet, at skaderne på uterus ikke kunne udbedres grundet den voldsomme adskillelse i isthmusdelen, hvorfor nødhysterektomi var uundgåeligt. Hurtig diagnosticering og tidlig kirurgisk behandling ved uterusruptur er essentielt ved denne livstruende tilstand. Den kliniske problemstilling med nødhysterektomi hos gravide er sjælden i Danmark.

Korrespondance *Ane-Kersti Skaarup Knudsen*. E-mail: ane.kersti@midt.rm.dk

Antaget 30. juni 2022

Publiceret på ugeskriftet.dk 12. september 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:V04220258

SUMMARY

Traumatic uterine rupture in gemelli pregnant woman causing emergency hysterectomy

Ane-Kersti Skaarup Knudsen & Attila Botházi

Ugeskr Læger 2022;184:V04220258

This is a case report of a 30-year-old gemelli pregnant woman in gestation week 15 and 6 days, who was admitted to a local hospital after being involved in a high impact motor vehicle accident. Traumatic uterine rupture was suspected and the patient was immediately operated with exploratory laparotomy. Emergency hysterectomy was performed, hence the pregnancy was terminated. This case is a rare obstetric trauma situation, and prompt diagnosis is life-saving.

REFERENCER

1. Jain V, Chari R, Maslovitz S et. al. Guidelines for the management of a pregnant trauma patient. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(6):553-74.
2. Rossi AC, Lee RH, Chmait RH. Emergency postpartum hysterectomy for uncontrolled postpartum bleeding: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2010;115(3):637-644.
3. Suchecki G, Tilden H, Roloff K et al. Management of traumatic uterine rupture in blunt abdominal trauma: a case report and literature review. *Cureus.* 2020;12(6):e8396.
4. Weir LF, Pierce BT, Vazquez JO. Complete fetal transection after a motor vehicle collision. *Obstet Gynecol.* 2008;111(2 Pt 2):530-2.
5. Vangen S, Bødker B, Ellingsen L et al. Maternal deaths in the Nordic countries. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017;96(9):1112-1119.