

## Kommentar

# Livstruende intraabdominal blødning i svangerskapet

Unge, friske kvinner risikerer også i dag å miste livet pga. akutte tilstander knyttet til svangerskapet. A. Valbø og medarbeideres kasuistikk gir et godt eksempel på det. På verdensbasis dør mer enn en halv million kvinner årlig i forbindelse med svangerskap. I 2005 døde 59 000 i Nigeria (1/100 levendefødte), i Norge fire (7/100 000) (1). Blødning er en viktig årsak. Under våre himmelstrøk er dødsfallene ofte betinget av alvorlig grunn sykdom, men akutt oppståtte tilstander i svangerskapet er fremdeles en viktig årsak. Uterusruptur er en slik fryktet tilstand som vi regner med vil opptre oftere i takt med økende bruk av keisersnitt, da arr i livmoren disponerer for ruptur i senere svangerskap (2). Nå er landsgjennomsnittet for keisersnitt 16 % (3).

For å overleve i slike situasjoner vil kvinnen være avhengig av at logistikken i diagnostikk og behandling tilpasses hastegraden. Det vil si at enkle kliniske tegn og undersøkelser må prioriteres og mer tidkrevende teknisk diagnostikk nedprioriteres dersom det står om livet, som vist i denne kasuistikken. Intraabdominal blødning pga. ruptur av uterus kan ende med sirkulatorisk kollaps og asystoli i løpet av minutter, selv med fullt team omkring pasienten. I den mest akutte rupturtilstanden vil ikke væske- og blodtilførsel i flere porter være tilstrekkelig. Da blør ikke bare begge uterinarteriene, som fører 10–15 % av hjerteminuttvolumet (4), da blør det også fra store, utvidede vener i bekkenet hvor trykket er 2–3 ganger høyere enn i pregravid tilstand. Å vippe pasienten med hodet ned vil redusere blødningstrykket i bekkenet. Å finne aorta og klemme den av mot ryggspylen kan holde liv i en ellers puls-løs kvinne. Denne avklemmingen kan om nødvendig holdes til man har fått etablert væske- og blodtilførsel, pasienten er i anesthesi og en laparotomi muliggjør avklemming intraabdominalt eller blødningen er kommet under kontroll på annen måte. Slike enkle grep er ikke systematisk innlært som praktisk basiskunnskap i gynekologi og obstetrikk i dag, men redder liv i land der uterusruptur er vanlig. Pasienten overlevde uten slike tiltak denne gang. Men kanskje neste pasient vil trenge det?

Ultralydundersøkelse er lett tilgjengelig i fødeseksjoner, gynekologiske avdelinger, poliklinikker og akuttmottak og vil kunne være et kvikt og verdifullt diagnostisk hjelpemiddel. Abdominal ultralydundersøkelse vil ofte fort avdekke intraabdominale blødninger av den størrelse det her er tale om. Men gynekologer har lite rutine med ultralyd utover bekkenorganene. Større mengder blod kan lett påvises i flankene

lateralt for tykktarmen og i øvre abdomen. Det er tid å spare dersom dette er drillet inn som akutt tiltak i gynekologisk utdanning.

Selve uterusrupturen kan noen ganger være vanskelig å visualisere med ultralyd, særlig om foster og placenta fortsatt er intrauterint. Er derimot uterus puerperalt kontrahert og fosterdeler visualiseres mellom tarmene, er diagnosen klar og pasienten kan overføres til operasjon umiddelbart uten videre diagnostikk.

Mens de fleste rupturer kommer i forbindelse med rier sent i svangerskapet, er det aktuelle tilfellet med ruptur midt i svangerskapet en sjeldenhet og symptomene noe annerledes, mer som et rumpert ektopisk svangerskap. Forfatterne diskuterer hvorvidt det har dreid seg om en intrauterin eller en intramural graviditet. Funnene heller i retning av intramural, som kan være en vanskelig diagnose med ultralyd selv om mistanken er vakt. Hinner som ufullstendig fyller uterus-kaviteten og det at rupturen kom i 22. uke taler for intramuralt svangerskap. Spontan ruptur av intrauterint svangerskap uten disponerende faktorer (infeksjon, arrvev, malformasjoner, maternell grunn sykdom) er høyst uvanlig på dette tidspunkt, mens komplikasjoner av intramuralt svangerskap dukker med regelmessighet opp i første halvdel av svangerskapet. Dersom en intramural, dvs. interstitiell, graviditet utvikler seg så lenge som i vårt tilfelle, vil det kliniske bildet også kunne bli tilsvarende dramatisk når det brister inne i buken. Behandlingsprinsippene er mye de samme.

Ved uklare alvorlige tilstander, som i dette tilfellet, vil valget av lengdesnitt være udiskutabelt. Hadde man her hatt en sterkere mistanke om uterusruptur, ville lengdesnitt fortsatt være å foretrekke, men i første omgang begrenset til nedre abdomen. Lengdesnitt er kvikkere, gir bedre tilgang og kan greit utvides, i motsetning til det lave tverrsnittet som vanligvis brukes ved keisersnitt.

I dette tilfellet gikk det godt. I land hvor diagnostikk og behandling har store begrensninger, er risikoen for å miste pasienten stor. Da er kvikke rutiner, inkludert raskeste og enkleste kirurgi, verdifullt og kan gi forbausende høy overlevelse (5) med minimalt forbruk av transfusjoner. Hos oss er ruptur med akutt livstruende intraabdominal blødning heldigvis sjeldent, så sjeldent at vi ikke har klare rutiner å handle etter. Det kan vi gjøre noe med, for selv i den minste avdeling risikerer man å stå i slike situasjoner. Spesielt der hvor transportveiene kan være lange, behandlingstilbudet begrenset og kol-

legial hjelp mindre tilgjengelig vil det være viktig å beherske enkel diagnostikk og ha raske livreddende tiltak rede.

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

### Torvid Kiserud

torvid.kiserud@kk.uib.no  
 Institutt for klinisk medisin  
 Universitetet i Bergen  
 og  
 Kvinneklinikken  
 Haukeland Universitetssykehus  
 5021 Bergen

### Litteratur

1. Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. Genève: WHO, 2007.
2. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR et al. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001; 345: 3–8.
3. Folkehelseinstituttet. Flere keisersnitt 2005–2006. www.mrf.no (15.8.2008).
4. Thaler I, Manor D, Itskovitz J et al. Changes in uterine blood flow during human pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 121–5.
5. Klungsøyr P, Kiserud T. Rupture of uterus treated with suture. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989; 68: 1–2.

*Manuskriptet ble mottatt 22.8.2008 og godkjent 29.8.2008. Medisinsk redaktør Odd Terje Brustugun.*