

Ruptuur in een uterus zonder litteken in het derde trimester

drs. L. Koster *destijds ANIOS verloskunde/gynaecologie*
 drs. S. Mahesh *gynaecoloog Ziekenhuis Amstelland*

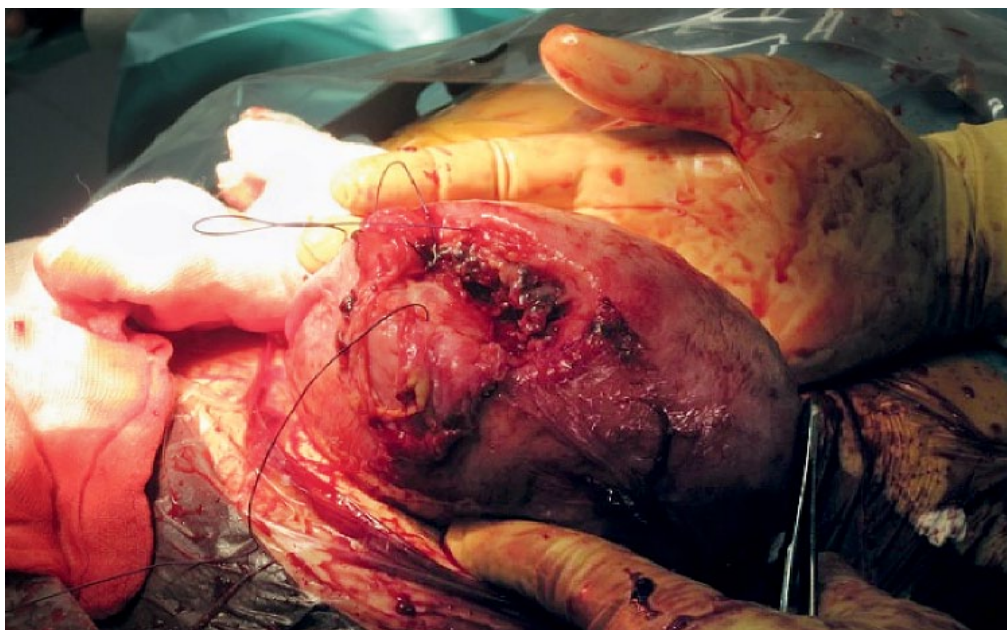
Een uterusruptuur is een complicatie in de graviditeit met toegenomen foetale en maternale morbiditeit en mortaliteit, met een geschatte perinatale sterfte van 12,5%. Een uterusruptuur ontstaat veelal durante partu bij vrouwen met een littekenuterus (status na sectio) als gevolg van spanning op het litteken ten gevolge van weeënactiviteit¹, hierbij is de geschatte incidentie 0,2-1,5%.²

Hier zullen we een casus bespreken van een patiënte met een uterusruptuur in het derde trimester, zonder weeënactiviteit en zonder sectio in de anamnese, maar wel met een curettage in de voorgeschiedenis. Verder werd in het derde trimester een uitwendig versie verricht wegens stuitligging. Beschreven complicaties van een uitwendige versie zijn een abruptio placentae en uterusruptuur.^{2,3} Ook de mogelijkheid van een ruptuur ten gevolge van abruptio placentae zal worden besproken.

Casusbespreking

Een 36-jarige vrouw met acuut toenemende buikpijn werd met spoed verwezen via de huisarts, die

bij haar thuis aanwezig was. Het betrof een gravida 2, para 1 met op dat moment een amenorroeduur van 36 weken en zes dagen. Haar obstetrische voorgeschiedenis vermeldde een spontane partus bij een amenorroeduur van 36 weken en drie dagen na een ongecompliceerde zwangerschap. Wel vond een nacurretage plaats van een mogelijke placentarest, die ook ongecompliceerd verliep en waarbij er met name geen aanwijzingen voor een perforatie waren. Haar tweede graviditeit verliep ongecompliceerd en zij werd bij een amenorroeduur van 36 weken en vijf dagen overgenomen uit de eerste lijn in verband met een stuitligging. Er was een versie gepoogd in de eerste lijn een week voor overname, echter zonder succes. Bij overname van de zorg in de tweede lijn werd na counseling volgens de NVOG-richtlijn in samenspraak met patiënte besloten tot een primaire sectio bij een amenorroeduur van 39 weken. Een dag na haar eerste consult in de tweede lijn, waar zij geen klachten aangaf, belde patiënte thuis de huisarts wegens acute ontstane buikpijn. Patiënte werd na evaluatie door de huisarts naar de afdeling verloskunde gestuurd voor consult. Tijdens het overtil-



Afb. 1. Ruptuur in fundo na twee lagen hechtingen.

len van patiënte op de brancard ontstond vaginaal bloedverlies en tijdens het transport in de ambulance werd zij hemodynamisch instabiel en ontstond het vermoeden van een abruptio placentae.

Bij aankomst in het ziekenhuis waren er foetale coronen met een frequentie van 40/min en een uterus en bois bij een hemodynamisch instabiele vrouw met zeer veel pijn in de buik. Nadat pre-operatief bloedonderzoek was ingezet werd acuut een spoedsectio verricht onder algehele anesthesie. Bij het openen van de buik werd ongeveer een liter vrij bloed waargenomen en een kleine uterus. Op de fundus lateraal rechts was een ruptuur zichtbaar waaruit de placenta hing. Het kindje lag vrij in de buik en werd zonder hartactie overgedragen aan de kinderarts voor reanimatie, echter zonder succes. De placenta werd verwijderd en het cavum werd nagetast, waarbij geen afwijkingen werden gevonden. De uterus was normaal van vorm, beide adnexen toonden geen bijzonderheden. De ruptuur kon in lagen worden gehecht (afb. 1). Het onderste uterussegment is intact (afb. 2). Het totale bloedverlies bedroeg 1700 ml. Peroperatief werd door de anesthesist het Hb en de stolling gecontroleerd en gecorrigeerd. De totale tijd van aankomst in het ziekenhuis tot geboren worden van het kind bedroeg tien minuten. Het postoperatief beloop was zonder complicaties.

Beschouwing

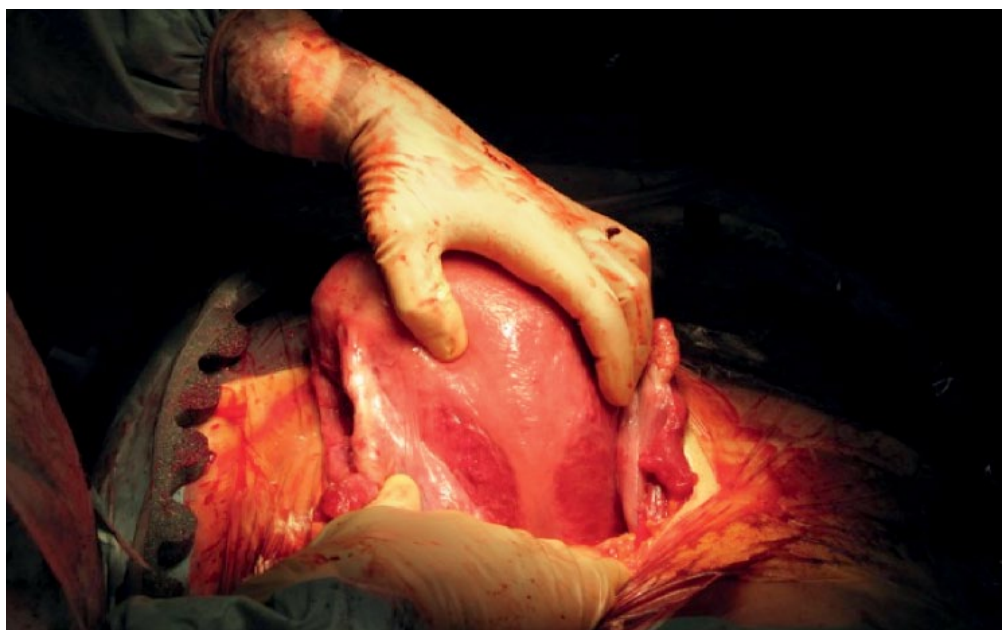
Een uterusruptuur is een bekende complicatie bij vrouwen met een sectio in de voorgeschiedenis. In de literatuur varieert de incidentie tussen de 0,2-1,5%. De meest recente studie geeft een incidentie van 0,74%.⁴ In een uterus zonder sectiolitteken is een ruptuur zeer zeldzaam: à terme bedraagt de incidentie 1/16.849,5. Risicofactoren hiervoor zijn o.a.:

multipariteit, inleiding met prostaglandines of oxytocine, uitwendige versie en abortuscurettage in de anamnese.³

Omdat het in onze casus een vrouw betrof zonder sectiolitteken en zonder weeën, stond een uterusruptuur niet direct bovenaan in de differentiaal-diagnose. In de literatuur worden meerdere casus beschreven van een uterusruptuur in de graviditeit na hysteroscopie, waarbij met name de toegepaste operatietechniek en het optreden van een perforatie het risico op een uterusruptuur lijken te vergroten.⁶ In 1993 werden voor het eerst twee casus beschreven van een uterusruptuur in fundo na een hysteroscopie die werd gecompliceerd door een minimale perforatie in fundo.^{7,8} Echter, een uterusruptuur bij een vrouw met een dergelijke voorgeschiedenis blijft een zeldzame complicatie. Daarnaast waren er in onze casus geen aanwijzingen dat de curettage werd gecompliceerd door een perforatie, wat het leggen van een eventueel verband lastig maakt.

Bij aankomst in het ziekenhuis waren er aanwijzingen voor abruptio placentae. Durante de sectio werd daarbij ook een uterusruptuur vastgesteld. De bevindingen bij aankomst suggereren dat er eerst sprake was van een abruptio placentae met als gevolg een uterusruptuur. In de literatuur zijn slechts een aantal casus beschreven met abruptio placentae als risicofactor voor de uterusruptuur in een uterus zonder litteken.^{9,10,11}

Daarnaast rijst de vraag of de versie mogelijk van invloed is geweest. Voor een uitwendige versie bij een stuitligging bestaan relatieve contra-indicaties zoals o.a. oligohydramnion, gebroken vliezen, uterusanomalie, littekenuterus en abruptio placentae in de anamnese.² Bij een versie worden een abruptio placentae of een uterusruptuur wel genoemd



Afb. 2. Het onderste uterussegment is intact.

als mogelijke complicatie. Het leggen van een causaal verband tussen de versie en het ontstaan van de abruptio in deze casus is lastig gezien het relatief lange interval tussen beide gebeurtenissen. Daarbij werd er bij de controle-echo een dag daarvoor nog geen aanwijzingen voor een beginnende abruptio gezien.

Conclusie

Een uterusruptuur in het derde trimester bij een patiënte zonder weeën en zonder sectio in de anamnese is zeer zeldzaam, maar niet onmogelijk. In een dergelijke situatie is versie beschreven als oorzaak voor een uterusruptuur. Andere risicofactoren kunnen ingrepen zijn zoals een curettage of hysteroscopie, gecompliceerd door perforatie. In onze casus spelen waarschijnlijk meerdere risicofactoren een rol, waarbij de abruptio placentae wellicht de belangrijkste is. Ruptuur van een uterus zonder litteken door abruptio placentae is zeer zeldzaam en werd sinds 1955 slechts drie keer eerder beschreven.

Literatuur

1. Nkwabong, E., L. Kouam & W. Takang, *Spontaneous uterine rupture during pregnancy: case report and review of literature*. Afr J Reprod Health 2007;11(2):107-112.

2. www.nvog.nl. http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/pagina.php&fSelectTG_62=75&fSelectedSub=62&fSelectedParent=75
3. Mazzone, M.F. & J. Woolever, *Uterine rupture in a patient with an unscarred uterus: a case study*. Wis Med J 2006;105:64-66.
4. Rizwan, N., R.M. Abbasi & S.F. Uddin, *Uterine rupture, frequency of cases and fetomaternal outcome*. J Pak Med Assoc 2011;61(4):322-324.
5. Wiltenburg, W., K.M.W.H. Smeets & F.K. Lotgering, *Uterusruptuur in een tweedetrimesteruterus zonder litteken*. NTOG 2011;124:72-74.
6. Sentilhes, L., F. Sergent, I. Popovic et al. *Facteurs prédictifs de rupture utérine obstétricale après hystérocopie opératoire*. J Obstet Biol Reprod (Paris). 2004 Feb;33(1 Pt 1):51-55.
7. Halvorson, L.M., R.D. Aserkoff & S.P. Oskowitz, *Spontaneous uterine rupture after hysteroscopic metroplasty with uterine perforation*. J Reprod Med 1993 Mar;38(3):236-238.
8. Howe, R.S., *Third-trimester uterine rupture following hysteroscopy uterine perforation*. Obstet Gynecol 1993 May;81(5(Pt 2)):827-829.
9. Massinde, A.N., E. Ndaboine & A. Kihunrwa, *An unusual case of placenta abruption complicated with ruptured uterus: case report*. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics. 2010 Volume 13 Number 1
10. Pickles, B.G., *Rupture of uterus following accidental haemorrhage*. Br Med J. 1955. 2(4931): 96-98.
11. Beischer, N., *Traumatic rupture of a couvelaire uterus*. ANZ Journal of surgery. 1966. 35 (4), 255 - 258.

Samenvatting

In dit artikel bespreken we een uterusruptuur in het derde trimester. De voorgeschiedenis vermeldt een curettage van een placentarest. In de huidige graviditeit was sprake van een stuitligging, waarvoor bij een amenorroëduur van 35 weken een uitwendige versie werd verricht, echter zonder succes. Een week na de versie presenteerde patiënte zich met acute buikpijn op de verloskamers. In verband met foetale nood werd een spoedsectio verricht, waarbij een abruptio placentae en een uterusruptuur in fundo werden geconstateerd.

Een spontane uterusruptuur zonder sectio in de anamnese komt zelden voor. Als zeldzame risicofactoren vermeldt de literatuur abruptio placentae, status na perforatie bij curettage/hysteroscopie en status na versie.

Trefwoorden

uterusruptuur, uterus zonder litteken, derde trimester, curettage, perforatie, versie, abruptio placentae

Summary

In this article a uterine rupture in a third trimester uterus is discussed. A previous pregnancy was followed by a curettage because of a placental remanance. Because of a breech presentation an external

version took place at a gestational age of 35 weeks, without success. A week after the external version acute abdominal pain occurs. Once in the hospital acute fetal distress is noticed and an emergency caesarean section is performed. During the operation a placental abruption and a uterine rupture appeared. A spontaneous uterine rupture without a previous caesarean is rare. In the literature very rare risk factors are mentioned, like placental abruption, perforation in previous curettage/hysteroscopy and external version.

Keywords

uterine rupture, unscarred uterus, third trimester, curettage, perforation, external version, placental abruption

Contactgegevens

drs L. (Laura) Koster *thans huisarts in opleiding*
Govert Flinckstraat 303a, 1074 CA Amsterdam
e | l_koster@msn.com
m 06-29601883

Belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.