

## Uterusinversjon

Elham Baghestan, Haukeland Universitetssjukehus; elham.baghestan@helse-bergen.no  
Christian Tappert, St. Olavs Hospital

### Anbefalinger (III-IV)

- Vi *anbefaler* rask intervensjon, tilkall hjelp inkl. anestesi, gi sjokkbehandling. Vurder atropin ved bradykardi. Start med væskeresusitering. Seponer oksytocin, prøv å reponere. Kan lykkes hvis tilstanden nettopp er inntrådt.
- Vi *anbefaler* å la placenta være på plass til etter reponering hvis den er festet. Er den delvis løs foreslås å fjerne den, men ikke mot motstand
- Vi *anbefaler* bruk av nitroglycerin eller annen uterusrelaksant ved reponeringen, dersom reponering ikke lykkes etter forsøk med nitroglycering umiddelbart overflytting til operasjon for reponering i narkose.
- Vi *anbefaler* kirurgisk intervensjon hvis ikke manuell reponering lykkes. Sjelden nødvendig ved akutt inversjon
- Vi *anbefaler* at når sjokk er kontrollert og pasienten i dyp nok anestesi, bruk tid med jevnt trykk for å reponere, det vil si med en hånd mot inversjonen i vagina eller cervix og en hånd på abdomen som mothold
- Vi *anbefaler* ultralydkontroller for å sikre vellykket reponering, gjentas det første døgnet
- Vi *anbefaler* oksytocindrypp kontinuerlig i et døgn etter vellykket intervensjon

### Søkestrategi

McMaster Plus Pyramidesøk: «Uterine inversion», UpToDate + uavhengig litteratursøk (Pubmed)

**Søkeord for app versjonen:** uterusinversjon

### Definisjon

Fundus uteri vrenses ned i endometriehulen slik at livmoren helt eller delvis får innsiden ut. Kan skje ved både vaginal fødsel og keisersnitt. Kapittelet tar for seg den akutte inversjon (> 80 % av tilfeller):

- Grad 1: Fundus ligger innenfor uterinkaviteten (=inkomplette uterusinversjon)  
Grad 2: Fundus passerer cervix

- Grad 3: Fundus passerer og er synlig utenfor introitus  
Grad 4: Både uterus og vagina er vrent ut utenfor introitusplan

## Forekomst

Forekomst av uterusinversjon er sjeldent, 0,5 – 3 tilfeller per 10.000 forløsninger

## Etiologi

Usikker etiologi, historisk anså man kombinasjon av Credés håndgrep og traksjon på navlesnor, særlig i kombinasjon med atoni som årsak, men nyere studier viser at det bare er usikker sammenheng mellom håndtering av fødselens 3. stadium og forekomst av uterusinversjon.

## Risikofaktorer

- Stort barn
- Kort navlesnor
- Atoni
- Alvorlig preeklampsi
- Langvarig fødsel eller styrtfødsel
- Bruk av tocolyse
- Nullipara
- Uterinanomalier
- Patologisk placentering
- Uforsiktig bruk/overstimulering med prostaglandiner eller oksytocin

## Klinikk/diagnostikk

- Viktig at diagnosen stilles så raskt som mulig (tenk spesielt på inkomplett inversjon ved symptomer som angitt under)
- Bradykardi (pga vagusstimulering)
- Sterk, vedvarende hypogastrisk smerte etter at barnet er født
- Sjokk, graden tilsvarer ofte ikke i forhold til diagnostisert blødning. Kan utvikle seg svært raskt, noen ganger katastrofalt raskt

- Blødning
- Fundus kjønes ikke, eller kjønes med innsynkning ved ytre palpasjon. Vaginal inspeksjon og palpasjon med synlig/palpabel fundus. Ved tvil, rask undersøkelse med ultralyd, kan da diagnostisere type 1 og 2

## Tiltak/behandling

- Umiddelbar reposisjon (Johnson manøver), hvis ikke mulig avventer nytt forsøk til pasienten har adekvat anestesi
- Seponer eventuelt oksytocindrypp
- Kontroll av puls og BT
- Vurder å gi atropin ved relativ bradykardi
- La placenta sitte, hvis den ikke allerede er ved å løsne. Forsøk på å løsne placenta kan forsterke blødning
- Nitroglyserin eller annen uterusrelaksasjon før nytt forsøk i anestesi. Jo tidligere reposisjonen kan foregå, jo lettere. Bruk tid, om nødvendig, mange minutter på selve reponeringen. Cave: vasodilatasjon hos pasienten i sjokk, ha vasoaktiva tilgjengelig når nitroglysering gis.
- Kontroller umiddelbart med ultralyd at reponeringen er komplett og ikke re-inverterer delvis (kan skje med inversjon som har stått lenge)
- Dersom placenta fortsatt er i uterus, vent fem til ti minutter om det går, gjerne med ultralydproben på abdomen for å kontrollere, og øv et slags Credé-trykk. Deretter uthenting av placenta og ny ultralydkontroll. Tilpass i takt med grad av blødning
- Oksytocindrypp kontinuerlig et døgn etter reposisjon
- Ett til to døgn med bredspektret antibiotikaprofylakse etter reposisjon

## Tiltak / behandling ved ikke vellykket manuell reposisjon

- Se litteratur for nærmere beskrivelser:
  - O'Sullivan's hydrostatisk reposisjon
  - Huntington's operasjon
  - Haultain's operasjon
  - Laparoskopisk assistert reposisjon

## Komplikasjoner

- Sjokk
- Livstruende blødning

## Litteratur

1. Macones G: Puerperal uterine inversjon. UpToDate feb 2019
2. 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;217:377.e1-6.Smith
3. James: High Risk Pregnancy, 4th edition, 2011, chapter 75, section "Uterine inversion"
4. Wendel MP et al. Uterine Inversion: A Review of a Life-Threatening Obstetrical Emergency. *Obstet Gynecol Surv.* 2018 Jul; 73(7):411-417