

Εκτροφή μήτρας στη διάρκεια καισαρικής τομής. Περιγραφή περίπτωσης

Ιωάννης Κ. Θανασάς, Μαρία Μπουρσιάνη, Γεώργιος Κώρης

Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

Αλληλογραφία: Ιωάννης Κ. Θανασάς, Επιμελητής Β' Μαιευτικής & Γυναικολογίας
Συνοικισμός Αγίας Τριάδας 3, 42100 Τρίκαλα
Τηλ.: 2431029103 / 6944766469
E - Mail: thanasasg@hotmail.com

Περίληψη

Η παρουσίαση του περιστατικού μας αφορά στην έγκαιρη διάγνωση και την επιτυχή αντιμετώπιση ασθενούς με εκτροφή της μήτρας κατά τη διάρκεια καισαρικής τομής. Έγκυος τεταρτοτόκος με τρεις φυσιολογικούς τοκετούς στο ιστορικό της διανύοντας την 39η εβδομάδα της εγκυμοσύνης υποβλήθηκε σε προγραμματισμένη καισαρική τομή λόγω ισχιακής προβολής του εμβρύου. Κατά την προσπάθεια εξόδου του πλακούντα συνέβηκε εκτροφή της μήτρας. Με τους κατάλληλους χειρισμούς επιτεύχθηκε η δακτυλική αποκατάσταση της θέσης της μήτρας και η καισαρική τομή ολοκληρώθηκε με επιτυχία υπό την ενδοβλέβια χορήγηση μητροσυσπαστικών φαρμάκων και τη μετάγγιση αίματος. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Η λεχωίδα και το νεογνό εξήλθαν από την κλινική μας σε καλή γενική κατάσταση την 5η μετεγχειρητική ημέρα. Στην παρούσα εργασία μετά την παρουσίαση του περιστατικού επιχειρείται η βιβλιογραφική ανασκόπηση της σπάνιας αυτής μαιευτικής επιπλοκής, αναφορικά κυρίως με την αιτιοπαθογένεια, τη διάγνωση, την αντιμετώπιση και την πρόγνωση.

Λέξεις κλειδιά: εκτροφή μήτρας, εγκυμοσύνη, καισαρική τομή

Εισαγωγή

Η εκτροφή της μήτρας λιγότερο συχνά, και συχνότερα η αιμορραγία μετά τον τοκετό, η κατακράτηση πλακούντα και η κατακράτηση κοτυληδόνας αποτελούν τις σπουδαιότερες από τις επιπλοκές που συμβαίνουν στο τρίτο στάδιο του τοκετού ή μετά από αυτό. Η εκτροφή της μήτρας είναι παθολογική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από την πρόπτωση του πυθμένα μέσα από τον τράχηλο της μήτρας, με αποτέλεσμα την αντιστροφή των ανατομικών δομών, έτσι ώστε η εσωτερική επιφάνεια της μήτρας να γίνεται εξωτερική.¹ Η εκτροφή της μήτρας κατά

κύριο λόγο συμβαίνει μετά τον τοκετό. Οι περιπτώσεις εκτός της εγκυμοσύνης είναι πολύ σπάνιες και συνήθως σχετίζονται με την ύπαρξη μεγάλων μισχωτών υποβλεννογόνιων ινομυωμάτων.² Η εκτροφή της μήτρας μπορεί να είναι ατελής, όταν ο πυθμένας προπίπτει εντός της μητριαίας κοιλότητας και όχι πέρα από αυτή, ή να είναι τελεία, κατά την οποία ο πυθμένας της μήτρας προπίπτει πέρα από το έξω τραχηλικό στόμο. Παρόμοια, ανάλογα με τη βαρύτητά της η εκτροφή της μήτρας, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 1) διακρίνεται σε τέσσερις βαθμούς.³

Πίνακας 1. Ταξινόμηση της εκστοροφής μήτρας.

Πρώτου βαθμού	ο πυθμένας της μήτρας εμφανίζει μια απλή εμβάθυνση
Δευτέρου βαθμού	ο πυθμένας της μήτρας βυθίζεται μέσα στο τραχηλικό στόμιο
Τρίτου βαθμού	ο πυθμένας της μήτρας κατεβαίνει στον κόλπο και εξωτερικεύεται
Τετάρτου βαθμού	η εκστοροφή μήτρας παρασύρει και τα τοιχώματα του κόλπου

Η εκστοροφή της μήτρας αποτελεί μια σπάνια, αλλά και ταυτόχρονα απειλητική για τη ζωή της ασθενούς μαιευτική επιπλοκή. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου ποικίλει. Στη βιβλιογραφία συνήθως περιγράφεται ότι αφορά σε μία περίπτωση προς 20000 τοκετούς,⁴ ενώ αναφορές από διάφορα κέντρα καταγράφουν τη συχνότητα εμφάνισης της εκστοροφής της μήτρας έως μία περίπτωση ανά 2500 τοκετούς.⁵ Η εκστοροφή της μήτρας σε μη έγκυες γυναίκες αποτελεί μια πολύ σπάνια νοσολογική οντότητα.⁶ Στην παρούσα εργασία μετά την περιγραφή του περιστατικού μας επιχειρείται με βάση τη συστηματική παράθεση και επεξεργασία των σύγχρονων βιβλιογραφικών αναφορών μια σύντομη ανασκόπηση της σπάνιας αυτής μαιευτικής επιπλοκής, η ορθή γνώση της οποίας είναι δυνατόν να συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση και την κατάλληλη εφαρμογή των σύγχρονων διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών, οι οποίες είναι σε θέση να διασφαλίσουν κατά το μέγιστο δυνατό την καλύτερη υγεία της μητέρας.

Περιγραφή Περίπτωσης

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε έγκυο τεταρτοτόκο, ηλικίας 41 ετών με τρεις φυσιολογικούς τοκετούς στο ιστορικό της η οποία διανύοντας την 39η εβδομάδα της εγκυμοσύνης υποβλήθηκε υπό γενική αναισθησία σε προγραμματισμένη καισαρική τομή λόγω ανώμαλης ισχιακής προβολής του εμβρύου. Μετά από την ομαλή έξοδο του εμβρύου χορηγήθηκαν 10 UI ωκυτοκίνης ενδοφλέβια. Κατά την προσπάθεια εξόδου του πλακούντα, μετά από την ήπια έλξη της ομφαλίδας συνέβηκε πλήρης εκστοροφή της μήτρας, ενώ ο πλακούντας παρέμενε στερεά προσκολλημένος στον πυθμένα της μήτρας. Με τους κατάλληλους χειρισμούς η μήτρα εξήλθε από την περιτοναϊκή κοιλότητα. Ακολούθησε η δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα και η συντηρητική αποκατάσταση της θέσης της μήτρας. Η μήτρα μετά τη συρραφή του τοιχώματός της τοποθετήθηκε

στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Ακολούθησε η ενδοφλέβια χορήγηση μητροσουσπαστικού ορού (20 IU ωκυτοκίνης και 0.2 mg μεθυλερογομητρίνης σε 1000 ml Ringer's Lactate) με ρυθμό έγχυσης 120 ml/h. Ταυτόχρονα χορηγήθηκαν 400 mcg μισοπροστόλης από το ορθό. Επίσης, αναγκαία κρίθηκε διεγχειρητικά η μετάγγιση της ασθενούς με δύο μονάδες ολικού αίματος, προκειμένου να σταθεροποιηθεί η αιμοδυναμικής της κατάσταση.

Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Η λεχαιδα μαζι με το νεογνό σε καλή γενική κατάσταση εξήλθαν από την κλινική μας την 5η μετεγχειρητική ημέρα.

Συζήτηση

Ο ακριβής αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός της εκστοροφής της μήτρας μέχρι σήμερα δεν έχει πλήρως κατανοηθεί. Μέχρι πρόσφατα δεν έχει βρεθεί κάποιος αιτιολογικός παράγοντας πρόκλησης της νόσου. Οι διάφορες θεωρίες που έχουν προταθεί δεν μπορούν να εξηγήσουν πλήρως και ικανοποιητικά τον αιτιοπαθογενετικό μηχανισμό ο οποίος φαίνεται να είναι πολυπαραγοντικής αιτιολογίας. Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες (συγγενείς και επίκτητοι) που έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση της εκστοροφής της μήτρας κατά τον τοκετό φαίνονται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 2). Η βίαιη προσπάθεια εξόδου του πλακούντα, κυρίως όταν αυτός είναι πυθμενικός και πριν αποκολληθεί, με μεγάλη πίεση στον πυθμένα της μήτρας ή με υπερβολικά ισχυρή έλξη του ομφάλιου λώρου ή και τα δύο μαζί αποτελούν λανθασμένους χειρισμούς κατά το τρίτο στάδιο του τοκετού οι οποίοι μπορούν να οδηγήσουν σε εκστοροφή της μήτρας, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για γυναίκες με προδιαθεσικούς παράγοντες. Η πολυτοκία και η πυθμενική πρόσφυση του πλακούντα, όπως και στη δική μας περίπτωση, και επιπλέον, οι ανωμαλίες πρόσφυσης του πλακούντα, όπως είναι ο μερικός συμφυτικός πλακούντας, οι συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας, η ιδιοσυστασιακή ανεπάρκεια του μυομητρίου, η αλόγιστη χρήση ωκυτοκίνης ιδιαίτερα όταν αυτή χορηγείται bolus, ο οξύς τοκετός, η υπερδιάταση της μήτρας (πολύδυμη εγκυμοσύνη, πολυάμνιο, μακροσωμικό έμβρυο) και το ιστορικό εκστοροφής της μήτρας σε προηγούμενη εγκυμοσύνη αυξάνουν τις πιθανότητες εκδήλωσης της σπάνιας αυτής μαιευτικής επιπλοκής.^{7,8,9,10}

Η διάγνωση της εκστοροφής της μήτρας είναι εύκολη και τίθεται με την κλινική εξέταση. Η εμβάθυνση του πυθμένα της μήτρας ή η αδυναμία ψηλάφησης του πυθμένα σε περίπτωση τελείας εκστοροφής, και επιπλέον, η παρουσία μιας σκουρόχρωμης κυανέ-

Πίνακας 2. Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες εκστοροφής της μήτρας κατά τον τοκετό.

- μεγάλη πίεση του πυθμένα της μήτρας
- υπερβολική έλξη του ομφαλίου λώρου
- πολυτοκία
- πυθμενική πρόσφυση του πλακούντα
- μερικός συμφυτικός πλακούντας
- συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας
- ιδιοσυστασιακή ανεπάρκεια μυομητρίου
- αλόγιστη χρήση ωκυτοκίνης
- οξύς τοκετός
- πολύδυμη εγκυμοσύνη
- πολυάμνιο
- μακροσωμία εμβρύου
- ιστορικό εκστοροφής μήτρας

ρυθρης μάζας η οποία είναι δυνατόν να είναι ορατή στον τράχηλο, τους κολπικούς θόλους ή την είσοδο του κόλπου αποτελούν τα χαρακτηριστικά κλινικά ευρήματα της εκστοραφείσας μήτρας. Η προβολή του πυθμένα της εκστοραφείσας μήτρας διά του τραχήλου είναι δυνατόν να εκληφθεί ως οιδηματώδης τράχηλος και να καθυστερήσει την έγκαιρη διάγνωση. Σε αυτές τις ασθενείς συνήθως συνυπάρχει απώλεια αίματος η οποία είναι δυνατόν να επιφέρει αιμοδυναμική αστάθεια (δική μας περίπτωση) και να οδηγήσει σε ολιγαιμική καταπληξία.¹¹ Η καταπληξία νευρογενούς αιτιολογίας μετά από την έλξη των κρεμαστήρων συνδέσμων των ωοθηκών ή λόγω της διάταξης των ιερομητρικών και των πλατέων στηρικτικών συνδέσμων της μήτρας είναι δυνατόν να έχει θέση σε αυτές τις ασθενείς, αλλά μόνο σε περιπτώσεις εκστοροφής της μήτρας μετά από κολπικό τοκετό. Σε περιπτώσεις που ο τοκετός διεξάγεται με καισαρική τομή, όπως και στη δική μας περίπτωση, η πιθανότητα νευρογενούς καταπληξίας μάλλον πρέπει να αποκλεισθεί, καθόσον η ασθενής δεν έχει την αίσθηση του πόνου.¹²

Η αρχική ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση της εκστοροφής της μήτρας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι συντηρητική και συνίσταται στην δακτυλική αποκατάσταση της θέσης της μήτρας. Η δακτυλική αποκατάσταση της θέσης της μήτρας θα πρέπει να εφαρμόζεται αμέσως μόλις τεθεί η διάγνωση. Ο πυθμένας της μήτρας σε περίπτωση που έχει συμβεί υστεροτοκία συλλαμβάνεται και με ήπιες κινήσεις ωθείται αργά και σταθερά προς το εσωτερικό της μητριαίας κοιλότητας πάνω στην κατεύθυνση του άξονα της μήτρας. Εάν ο πλακούντας δεν έχει ακόμη αποκολληθεί κάθε προσπάθεια δακτυλικής απο-

κόλλησης του πλακούντα πριν την ανάταξη της εκστοραφείσας μήτρας θα πρέπει να αποφεύγεται.¹³

Στις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες είναι αδύνατη η ανάταξη της μήτρας με τους αρχικούς συντηρητικούς χειρισμούς, προκειμένου να σωθεί η ζωή της ασθενούς από τη μαζική αιμορραγία θα πρέπει να επιχειρείται η χειρουργική ανάταξη της μήτρας. Κατά την χειρουργική ανάταξη της μήτρας εκτελείται κάθετη τομή στη μεσότητα του οπίσθιου τοιχώματος η οποία θα πρέπει να εκτείνεται έως τον τραχηλικό δακτύλιο. Στη συνέχεια με τη βοήθεια λαβίδων το τοίχωμα της μήτρας συλλαμβάνεται και έλκεται προς τα έξω μέχρι να εκστρέψουμε τον πυθμένα και η μήτρα να πάρει το φυσιολογικό της σχήμα. Μετά από την κατά στρώματα συρραφή του τραύματος στο οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας, η μήτρα τοποθετείται μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα και ελέγχεται η σύσπαση αυτής με τη βοήθεια μαλάξεων.¹⁴ Σε κάθε περίπτωση χειρουργικής ανάταξης της μήτρας μεγάλη προσοχή χρειάζεται όσον αφορά την αποκατάσταση του τραύματος, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο υπαρκτός κίνδυνος ρήξης της μήτρας κατά τη διάρκεια μελλοντικής εγκυμοσύνης.¹⁵ Η χορήγηση υγρών, αίματος, μητροσυσπαστικών και αντιβιοτικών φαρμάκων επιβάλλεται ανάλογα των περιπτώσεων, προκειμένου να διασφαλισθεί η καλύτερη υγεία για τη μητέρα.¹² Γενικά, η πρόγνωση για την έγκυο εξαρτάται από την έγκαιρη διάγνωση, τον βαθμό της απώλειας αίματος και από την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Αν και έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία περιπτώσεις θανάτου μετά από εκστοροφή της μήτρας, η έγκαιρη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση έχει μειώσει σημαντικά τον δείκτη θνησιμότητας.¹⁶

Συμπεράσματα

Η εκστοροφή της μήτρας κατά τον τοκετό ή την καισαρική τομή αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια, αλλά ταυτόχρονα δυνητικά απειλητική για τη ζωή της ασθενούς μαιευτική επιπλοκή. Η έγκαιρη και ορθή διάγνωση της εκστοροφής της μήτρας θα πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό μέλημα του σύγχρονου μαιευτήρα – γυναικολόγου, προκειμένου να εξασφαλισθούν οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχή έκβαση του τοκετού, μετά από την εφαρμογή των καταλληλότερων χειρισμών συντηρητικής ή χειρουργικής ανάταξης της εκστοραφείσας μήτρας.

Uterine inversion during cesarean section. Case report

Thanasas K. I., Boursiani M., Koris G.

Department of Obstetrics – Gynecology of General Hospital in Trikala

Correspondence: Thanasas I.

3 Sinikismos A. Triadas, 42100 Trikala, Greece
Tel.: +30 2431029103, +30 6944766469
E - mail: thanasas@hotmail.com

Summary

Our case presentation refers to early diagnosis and successful treatment of patients with extroversion of the uterus during cesarean section. Pregnant gravidity 4 with three normal deliveries in her obstetric history, on completion of the 39th week of pregnancy underwent a scheduled cesarean due to breech of the fetus. During the exit of the placenta occurred extroversion of the uterus. With the appropriate finger manipulations was achieved the restoration of the uterus position and cesarean section was successfully completed under the intravenous use of uterine active agents and blood transfusion. The postoperative course was smooth. The puerpera and the neonatal left our clinic in a good general condition on the fifth postoperative day. In this report, after systematically quoting and elaborating on contemporary bibliographic reports, a quick review of this rare obstetric complication is given. The report refers mainly to the pathogenesis, diagnosis, prognosis and the basic principles of treating.

Key words: uterine inversion, pregnancy, cesarean section

Βιβλιογραφία

1. Slaoui MA, Bouchikhi C, Banani A. Puerperal uterine inversion. *Rev Med Liege* 2010; 65(9): 510 – 513.
2. Auber M, Darwish B, Lefebure A, Ness J, Roman H. Management of nonpuerperal uterine inversion using a combined laparoscopic and vaginal approach. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204(6): e 7 – 9.
3. Pauleta JR, Rodrigues R, Melo MA, Grasa LM. Ultrasonographic diagnosis of incomplete uterine inversion. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 36: 260.
4. Hussain M, Jabeen T, Liaquat N, Noorani K, Bhutta SZ. Acute puerperal uterine inversion. *J Coll Physicians Surg Pak* 2004; 14(4): 215 – 217.
5. You WB, Zahn CM. Postpartum hemorrhage: abnormally adherent placenta, uterine inversion and puerperal hematomas. *Clin Obstet Gynecol* 2006; 49(1): 184 – 197.
6. Fofie CO, Baffoe P. Non – puerperal uterine inversion: a case report. *Ghana Med J* 2010; 44(2): 79 – 81.
7. Tank Parikshit D, Mayadeo Niranjana M, Nandanwar YS. Pregnancy outcome after operative correction of puerperal uterine inversion. *Arch Gynecol Obstet* 2004; 269(3): 214 – 216.
8. Tsivos D, Malik F, Arambage K, Hagan P, Lee C. A life threatening uterine inversion and massive post partum hemorrhage caused by placenta accrete during cesarean section in a primigravida: a case report. *Cases J* 2009; 2(1): 138.
9. Sangwan N, Nanda S, Singhai S, Duhan N, Dahiya K. Puerperal uterine inversion associated with unicornuate uterus. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 280(4): 625 – 626.
10. Marshall NB, Catting S. Cardiac arrest due to uterine inversion during cesarean section. *Int J Obstet Anesth* 2010; 19(2): 231 – 234.
11. Anderson JM, Etchers D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. *Am Fam Physician* 2007; 15(6): 875 – 882.
12. Beringer RM, Patteril M. Puerperal uterine inversion and shock. *Br J Anaesth* 2004; 92(3): 439 – 441.
13. Coates T. Midwifery and obstetric emergencies. In: Fraser DM, MA C, editors. *Myles Textbook for Midwives*. 15th ed. London: Churchill Livingstone; 2009. P. 625 – 647.
14. Pogg SB, Kapernick PS. Αιμορραγίες μετά τον τοκετό και παθολογικές καταστάσεις στη λοχεία. Στο: Μαμόπουλος ΜΑ, Ρούσσοσ ΔΧ. Σύγχρονη Διάγνωση και Θεραπεία στη Μαιευτική και Γυναικολογία. 9η έκδοση, Θεσσαλονίκη, Ιατρικές και Επιστημονικές Εκδόσεις Σιώκης 2005: 656 – 658.
15. Chandra JA, Zahra F, Qureshi S. Conservative management of subacute puerperal inversion of uterus. *Trop Coct* 2009; 39(1): 57 – 58.
16. Sequeira E, Patel Y. Acute puerperal uterine inversion: case report. *East Afr Med* 2007; 84(4): 194 – 196.