

Ännu ett afrikanskt fall av abdominell graviditet

I Läkartidningen nr 36/97 fanns en fallbeskrivning av abdominell graviditet från Kenya. Här beskrivs ett liknande fall, den här gången från Tanzania, som också det belyser de speciella svårigheter, till exempel brist på transfusionsblod, som finns i u-länder.

Eftersom abdominell graviditet är mycket ovanligt och Gunnar Isaksson i Läkartidningen 36/97 redovisat ett sådant fall från Kenya, vill jag beskriva ett snarlikt fall, som jag fick handlägga 1994 i Tanzania, där jag tjänstgjorde som gynekolog för Rotarys Läkarklinik på »Wete hospital» på ön Pemba.

Anemisk kvinna med buksmärtor och feber

Patienten var en 21-årig kvinna som varit gravid en gång förut och haft en normal vaginal förlossning 1 år och 5 månader tidigare. Nu var hon gravid igen med en uppgiven amenorréperiod på 33 veckor. Hon var remitterad till förlossningen från ett mindre landsortssjukhus med en anamnes av huvudvärk, feber och buksmärtor sedan tre dagar. Hon hade inga förlossningsvärkar och ingen blödning från vagina. Vid undersökningen var hon blek och anemisk, men ej i chock, med puls 120/minut, temperatur 37 grader, blodtryck 140/90, albumin i urinen (+) och ödem.

Bukväggen var ödematös och spänd med ömhet över högra, nedre delen. Fundus motsvarade en graviditet på minst 33 veckor. Fostret låg i längsläge och föregående fosterdel var misstänkt säte. Fosterljud kunde ej uppfattas med dopton. Tillgång till ultraljud saknades. Cervix var bibehållen, något mjuk och slutet och föregående fosterdel kändes oregelbunden och mjuk i bäckenin-

Författare

SVEN BOBECK

före detta överläkare, specialist i gynekologi och obstetrik.

gången. Det förelåg ingen blödning från cervix.

Den preliminära diagnosen blev preeklamsi och för tidig lösning av placenta med dött foster i nionde månaden samt sekundär anemi. Patienten fick infusion med fem procent dextroslösning och, med tanke på risken för disseminerad intravasal koagulation, Cyklokapron 500 mg \times 3 intravenöst. Patienten förbereddes för kejsarsnitt med kontroll av blodgrupp och sökande efter donatorer, det vill säga släktingar, då det inte fanns någon blodbank. Hb var 48 g/l. Blödnings- och koagulationstid beställdes men svar erhöles aldrig. Patienten ordinerades också klorokin per os i tre dagar för eventuell malaria på grund av symtomen med huvudvärk och feber före ankomsten.

Följande dag var tillståndet oförändrat, men då man ej hade funnit någon blodgivare gjordes ett försök till förlösningsinduktion med oxytocindropp. Detta lyckades emellertid ej, patienten fick inga värkar och cervix var fortfarande slutet i inre modermunnen, varför man beslöt sig för att förlösa med kejsarsnitt på vitalindikation för modern.

Via ett nedre medellinjessnitt kom man direkt på en delvis avlossad placenta, som var fixerad till höger i bukväggen ner mot höger adnex och i buken fanns en riklig mängd gammalt, mörkt blod. Ett lätt macererat kvinnligt foster låg fritt i bukhålan och lyftes ut. Det vägde 2,9 kg. Då placentan var trasig och blödande beslöt man sig för att försöka avlägsna den i sin helhet. Den var adherent till peritoneum, oment, höger adnex och blåsan. Rikligt med hinnor avlägsnades, så även höger äggledare på grund av blödning från denna. Uterus och adnex var för övrigt normala. En diffus blödning från placentabädden stoppades efter bäddning med heta bukdukar och Cyklokapron intravenöst. Då patienten var i trängande behov av blod, men då ingen släkting dykt upp, ställde hustrun till den afrikanske kirurg, som assisterat vid operationen upp och gav blod. Hon hade blodgrupp 0, Rh- och var alltså universalgivare. Patienten fick dessutom Rheomacrodex och senare Ring-

ers respektive Hartmans lösning. Antibiotikaprofylax med ampicillin och metronidazol gavs. Efter operationen var patientens tillstånd gott. Tre dagar senare tillstötte feber, diarré och buksmärtor, men det fanns inga tecken på infektion i buksåret eller peritonit. Efter ytterligare någon dag avgick spolmaskar med avföringen och även rikligt med hakmask, men patienten tillfrisknade sedan efter dubbel (sex dagar) maskkur med mebendazol. Patienten skrevs ut frisk 10 dagar efter operationen med järn och folsyretabletter (Hb var då 60 g/l) samt råd för nästa graviditet.

Den slutliga diagnosen blev: Preeklamsi, placentaavlossning, intraabdominell graviditet i nionde månaden med dött foster, grav anemi samt infestation av spolmask och hakmask.

Svårställd diagnos i u-land

Diagnosen vid abdominell graviditet i tredje trimestern är svår att ställa preoperativt i u-land, dels på grund av dess ovanlighet, dels då man ofta ej har tillgång till modern teknik såsom ultraljud. Differentialdiagnostiskt är för tidig avlossning av placenta näraliggande, vilket i det akutella fallet också var en del av diagnosen. Placentaavlossning kan också förekomma utan yttre blödning, medför stark anemi och resulterar i att buken blir spänd och ömmande. Fostret dör ofta och efter en tid tillstöter ytterligare en ny fara, nämligen risken för koagulopati och fibrinolys, då operativa ingrepp kan vara livshotande. Cyklokapron kan då vara effektivt som fibrinolyshämmare [2].

Uterusruptur är en annan i u-länderna ej ovanlig diagnos, som kan vilseleda. Detta inträffar dock vanligen efter ett intensivt värkarbete, till exempel vid bäckensträngsel eller disproportion mellan huvud och bäcken, men kan också förekomma utan föregående värkar, till exempel hos kvinnor som fött många barn eller efter tidigare kejsarsnitt. Efter uterusruptur är dock palpationsfyndet av buken annorlunda med en ökning på bredden, »groddebuk», flankdämpning som vid ascites, degig konsistens av bukväggen samt ibland tydligt palpabla fosterdelar. Laparotomi måste då göras

akut och i regel krävs blodtransfusion omgående [2].

Beträffande avlägsnandet av placenta är meningarna delade, men i regel varnas för detta i läroböckerna [2, 3]. I detta fall bedömde vi det som säkrast att avlägsna den, då den redan var delvis avlossad och trasig. Det lyckades utan någon större blodförlust, vilket dock var något hasardartat, då vi ej hade någon blodgivare i det ögonblicket och Hb var mycket lågt.

Blodtransfusion är ofta ett stort problem i u-länder, som Gunnar Isaksson också framhöll i sin artikel [1]. Blodbank finns i regel inte, dels beroende på brist på eller oregelbundna avbrott i elförsörjningen, dels beroende på att det ofta är svårt att få villiga blodgivare. Kvinnorna har ofta kronisk anemi beroende på endemisk malaria, som ger hemolys, och hakmaskinfestation, som ger tarmlösligheter. Infrastrukturen är ofta dåligt utvecklad med dåliga vägar, brist på transportmedel och ingen telefon.

Malaria är vanlig under graviditet och efter förlossning, beroende på att immunförsvaret försvagas i samband med graviditet [4]. »Malariaslide» brukar tas före behandling, men kan vara negativ trots rikligt med parasiter i placentan. I detta fall ordinerades »malariaslide» före behandlingen med klorokin, men blev troligen aldrig utförd.

Puerperiet komplicerades av symptom som visade sig bero på massiv maskinfestation. I detta fall kunde diagnosen ställas genom spontan maskavgång, men i regel erhålls den genom mikroskopisk undersökning av maskägg i feces.

Referenser

1. Isaksson G. Abdominell graviditet hos kvinna i Kenya. Läkartidningen 1997; 94: 3061-2.
2. Bergström S. Förlossningsvård i u-land. 1988.
3. Symonds E. Essential obstetrics and gynaecology. London: Churchill Livingstone, 1994.
4. Bergström S, Höjer B, Liljestrand J, Tunell R. Perinatal health care with limited resources. London: The MacMillan Press, 1994.

Moderns önskemål om kejsarsnitt vägde tungt

Anoxiskada ersättningsbar trots att fel ej begåtts

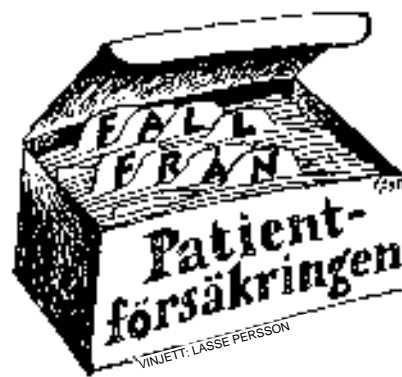
Ett fall av förlossningsskada har av Patientskadenämnden bedömts berättiga till ersättning trots Patientförsäkringens bedömning att skadan inte kunde anses vara undvikbar och trots Ansvarsnämndens kritiska men friande dom. Modern hade före förlossningen blivit lovad kejsarsnitt »på vida indikationer» på grund av en tidigare, besvärlig förlossning som avslutats med kejsarsnitt. Patientskadenämnden bedömde att skadan hade kunnat undvikas om kejsarsnitt hade gjorts tidigare än när beslutet om vakuumentraktion fattades.

Av de skador som handläggs vid Patientförsäkringens har de som inträffat på foster i samband med förlossning de allvarligaste konsekvenserna, med höggradig invaliditet som följd. Vid sådana behandlingsskador utbetalas ofta mycket höga ersättningar (flera miljoner kronor per skada). Under 1980-talet ökade antalet sådana skador där ersättning utbetalas, vilket också kom att påverka totalkostnaderna för försäkringen. På senare år har antalet till Patientförsäkringens anmälda förlossningsskador på grund av syrebrist minskat, framför allt de skador där ersättning betalats ut. Detta beror sannolikt främst på att man idag har bättre möjlighet att uttala sig om orsakssambandet mellan handläggningen under förlossningen och barnets tillstånd i neonatalperioden. Vi vet till exempel att det är högst 15–20 procent av fallen av låg Apgar-poäng vid 5 minuter som har att göra med syrebrist under förlossningen. I övriga fall föreligger andra orsaker, som kan vara relaterade till förlossningen men som även kan ha ett ursprung mycket längre tillbaka i graviditeten.

Även när det är uppenbart att skadan uppkommit i samband med förlossningen kan det bli svårt att fastställa om skadan är ersättningsberättigad eller ej. För att ersättning skall kunna betalas ut krävs att skadan varit undvikbar.

Fallbeskrivning

En 29-årig andragångsföderska hade två år tidigare genomgått en långdragen



SERIE

Tidigare artiklar i serien återfinns i Läkartidningen nr 17, 18, 22, 25, 26–27, 28–29, 35, 38, 44 och 48 1996, i nr 8, 10, 20, 36 och 43 1997 samt 7 1998.

förlossning som avslutades med kejsarsnitt.

Inför den aktuella förlossningen hade man i samråd med den överläkare som kontrollerat graviditeten beslutat att i första hand försöka förlösa vaginalt men vid behov göra kejsarsnitt »på vida indikationer».

Patienten inkom till länsdelssjukhusets förlossningsavdelning på kl 02.55 dagen för beräknad partus. Värkarna var till att börja med relativt svaga och oregelbundna, och hon fick sova under natten på vårdavdelningen. Nästa dag tilltog hennes värkar, och hon överfördes till förlossningen kl 14.15. En annan överläkare än den som tidigare skött patienten var jour. Han ordinerade smärtlindring i form av petidininjektioner och paracervikalblockad. Kl 16.30 fick patienten epiduralanestesi. I samband med detta sattes på grund av avtagande värkar oxytocindropp som ökades successivt. CTG-registreringen var från början normal, men kl 19.15 tillkom måttliga variabla decelerationer och lätt förhöjd basalfrekvens men med god korttidsvariabilitet. Kl 20.35 till-

Författare

ULF HANSON

docent, överläkare, kvinnokliniken, Regionsjukhuset i Örebro.