Aktuální gynekologie a porodnictví
AGP
www.actualgyn.com

Inverze dělohy po porodu - kazuistika

Iva Pešková
Stodská nemocnice, a.s.

Korespondenční adresa: MUDr. Iva Pešková, Stodská nemocnice, a.s., Hradecká 600, 333 01 Stod, tel.: +420 607 152 716, e-mail: cerna.iva@post.cz

Publikováno: 26. 2. 2015 Přijato: 10. 11. 2014 Akceptováno: 18. 2. 2015
Actual Gyn 2015, 7, 12-14 ISSN 1803-9588
© 2015, Aprofema s.r.o.
Článek lze stáhnout z www.actualgyn.com

Citujte tento článek jako: Pešková I. Inverze dělohy po porodu – kazuistika. Actual Gyn. 2015;7:12-14

PERIPARTHAL INVERSION OF UTERUS – CASE REPORT

Case report

Abstract
Inversion of uterus is very rare and serious complication of childbirth. It is a situation with very high maternal morbidity and mortality, whitch can lead to developement of very serious periparthal bleeding, DIC, neurogenic and haematologic shock. In 50% without any risk factor. This case report demonstrates this acute case which was caused by then physiologic partus until then and it shoud demonstrate some eventuality to solve this emergent situation including the method used in this case - partially successful reposition attempt of uterus using vaginal path and resulting laparotomia.

Key words: inversion of uterus, complication, maternal morbidity, periphartal bleeding

Kazuistika

Abstrakt
Inverze dělohy je velmi závažnou a naštěstí poměrně vzácnou komplikací III. doby porodní. Jedná se o stav s vysokou mateřskou morbiditou i mortalitou, při němž může velmi snadno dojít ke vzniku život ohrožujícího krvácení, diseminované intravaskulární koagulopatie a rozvoji hemoragického a neurogenního šoku. V 50 % případů vzniká bez jakéhokoli rizikového faktoru. Tato kazuistika demonstruje tento akutní stav vzniklý při, do té doby, fyziologicky probíhajícím porodu a nastiňuje několik možností k řešení této urgentní situace včetně toho námi zvoleného – částečně úspěšný pokus o repozici dělohy vaginální cestou a následnou laparotomii.

Klíčová slova: inverze dělohy, komplikace, mateřská morbidita, peripartální život ohrožující krvácení

Teorie

Definice: Inverze dělohy je stav, kdy se stěna děložního fundu vchlípí do děložní dutiny a eventuálně projde celým děložním hrdlem a objeví se před zevní brankou (1).

Jedná se o potenciálně letální komplikaci porodu s mateřskou mortalitou kolem 15 %. Inverze dělohy bývá spojena s velkou krevní ztrátou a kombinací hemoragického a neurogenního šoku. Následný tah za děložní vazy může přeneseně aktivací parasympatického nervového systému způsobit fatální bradykardii matky.

Naštěstí se jedná o komplikaci poměrně vzácnou, s incidencí v průměru 1:2 000 porodů (1:5 000-20 000 ve vyspělých zemích, 1:550 v rozvojových zemích).

Nejčastějšími příčinami a rizikovými faktory jsou tlak na děložní fundus ve III. době porodní (tzv. Credého hmat), nekontrolovaná a opakovaná trakce za pupečník ve III. době porodní, krátký pupečník, uložení placenty ve fundu, placenta accreta, placenta adhaerens, hypoplazie dělohy, astenie matky, syndrom Ehlers-Danlos (vzácné onemocnění pojivové tkáně, způsobené porušenou tvorbou kolagenu, případně jiné složky pojivové tkáně), Marfanův syndrom, makrosomie plodu, překotný porod (tj. porod trvající méně než 3 hodiny), atonie dělohy a prolongovaný porod.

Dle míry deprese děložního fundu je inverze dělohy klasifikována do 4 stupňů:

1. stupeň: deprese děložního fundu (depresio fundi uteri), kdy dojde pouze ke vchlípení fundu děložního do dutiny děložní
2. stupeň: inkompletní inverze (inversio uteri incompleta), jedná se o stav, kdy se fundus děložní nachází ve výši vnitřní branky
3. stupeň: kompletní inverze (inversio uteri completa), kdy se celá děloha nachází v pochvě
4. stupeň: prolaps (prolapsus uteri inversi), zde se již celá děloha nachází před zevními rodidly (2)

Dle doby vzniku od porodu rozlišujeme děložní inverzi na akutní (vzniklá do 24 hodin od porodu s četností 83,4 % ze všech inverzí), subakutní (vzniklou za více než 24 hodin po porodu, ale do 7 dní po porodu s četností 2,62 % ze všech inverzí dělohy) a pozdní (inverze vzniklá za více než 7 dní po porodu s četností 13,9 % ze všech inverzí).

Základem léčby děložní inverze je včasná repozice dělohy a razantní léčba šoku ve spolupráci gynekologa s anesteziologem a eventuálně hematologem.

V klinickém obraze dominuje nadměrné krvácení intenzity až život ohrožujícího krvácení, hypotenze, hypovolemický šok, při palpaci výšky děložního fundu nelze nahmatat děložní fundus přes stěnu břišní.

Terapeutické možnosti

V managementu léčby je velmi důležité zejména včasné, neprodlené a dostatečně razantní zahájení léčby ve spolupráci s anesteziologem, které spočívá v aplikaci kyslíku polomaskou, zajištění průchodnosti dýchacích cest, kontrole krevního tlaku, srdeční frekvence, saturace periferní krve kyslíkem metodou pulzní oxymetrie, eventuálně monitorace EKG. Bezprostředně musí být zajištěny 2 žilní vstupy, odebrána periferní krev ke stanovení hladiny krevního obrazu a hemokoagulace, a i bez výsledku hladiny krevního obrazu okamžité objednání 4 až 6 transfuzních jednotek erytrocytů a čerstvé mražené plazmy k prevenci vzniku konzumpční koagulopatie. Krevní tlak udržujeme dostatečnou intravenózní aplikací volumexpanderů. V případě vzniku bradykardie aplikujeme intravenózně atropin. Zahájíme pokus o repozici dělohy po aplikaci tokolytik (hexoprenalin, atosiban) eventuálně v celkové anestezii (Johnsonova metoda). Při časném provedení dosahuje úspěšnost repozice za použití těchto manévrů až 90 %. Při neúspěchu manuální korekce přistupujeme neprodleně k laparotomii a repozici dělohy tahem za sakrouterinní vazy či za pomoci amerických kleští zachycených ve fundu děložním při současném vytlačování dělohy pochvou (tzv. Huntingtonova metoda) (3). Při neúspěchu je možno provést incizi na zadní stěně dělohy nad kontrakčním kruhem dolního děložního segmentu pro snadnější repozici (tzv. manévr dle Haultaina). Po repozici následuje eventuelně připojení kompresivní sutury děložního fundu jako prevence inverze. Důležitá je zejména následná důkladná monitorace na jednotce intenzivní péče (kontroly krevního tlaku, saturace periferní krve kyslíkem, počtu pulzů, hladiny krevního obrazu, koagulace, diurézy). Podstatná je zejména následná dlouhodobá aplikace uterotonik. K následnému zmírnění neztišitelného děložního krvácení je možno využít zavedení Bakriho balonku do dělohy.

V průběhu léčby nesmíme zejména opomenout dokonalou dokumentaci časů, provedených úkonů a podaných léků.

Existují rovněž alternativní metody repozice invertované dělohy jako O'Sullivanova metoda neboli hydrostatická repozice. Jedná se o zavedení teplého fyziologického roztoku do zadní klenby poševní gumovým katetrem při současném bránění jeho odtoku dlaní přiloženou k poševnímu vchodu s následnou modifikací dle Ogueh & Ayida s využitím 6cm silikonového kloboučku k repozici.

Kazuistika

31letá kvartigravida nullipara přichází k hospitalizaci pro spontánní odtok čiré vody plodové ve stáří gravidity 39 týdnů + 0 dnů.

V osobní anamnéze významná pouze mutace v genu pro MTHFR C 677T a A 1298 C a heterozygotním stavu a antifosfolipidový syndrom.

V gynekologické anamnéze zjišťujeme, že prodělala 1x missed abortion v 8. týdnu gravidity s následnou revizí dutiny děložní, 2x spontánní abort v 8. týdnu gravidity s následnou revizí dutiny děložní.

V současné graviditě užívá Anopyrin, Fraxiparine a Prednison v rámci terapie antifosfolipidového syndromu.

Nynější gravidita zatím se zcela fyziologickým průběhem, bez komplikací.

Pacientka přichází pro spontánní odtok vody plodové (čirá) a nepravidelné kontrakce děložní ve 22:15. Při přijetí vaginální nález na porodních cestách nepřipravený (hrdlo sakrálně, na falangu, pro prst prostupné, hlavička centricky naléhá na vchod pánevní, voda plodová odtéká čirá). Dle ultrasonografie je placenta lokalizována na přední stěně děložní a nedosahuje do dolního děložního segmentu.

Pro sekundárně slabou práci děložní aplikována v I. době porodní na nález branka 4 centimetry v průměru infuze 500 ml 5% glukózy se 2 jednotkami Oxytocinu intravenózně. Celková doba I. doby porodní 13 h 25 min.

Dochází ke spontánnímu porodu plodu mužského pohlaví

(záhlaví l., hmotnost 3 550 g, délka 51 cm), délka druhé doby porodní je celkem 15 minut. Provedeno aktivní vedení III. doby porodní Oxytocinem aplikovaným intravenózně.

Za 2 minuty po porodu plodu bez jakékoli trakce za pupečník či tlaku na děložní fundus dochází k úplnému prolapsu dělohy spolu s neodloučenou placentou před rodidla. Neprodleně proveden pouze částečně úspěšný pokus o repozici dělohy (dle Johnsonovy metody, viz níže), při níž dochází současně k odloučení placenty, pod níž je retinován hematom cca 1 000 ml.

Pacientka byla ihned uvedena do celkové anestezie, provedena laparotomie dle Pfannestiela s tímto nálezem v dutině břišní: děloha se nachází v dutině břišní, ale fundus je stále vchlípen do dutiny děložní. Dokončena repozice dělohy za ligamenta teretia uteri bez velkého násilí. Podána uterotonika. Dutina břišní uzavřena po vrstvách. Krevní ztráta byla odhadnuta celkem cca 1 500 ml.

Pacientka byla poté z operačního přeložena na jednotku intenzivní péče, peripartálně podány celkem 4 transfuzní jednotky čerstvé mražené plazmy, 2 transfuzní jednotky erytrocytů.

Po laparotomii byl prováděn kontinuální monitoring vitálních funkcí, sledován příjem a výdej tekutin, podávána uterotonika, antibiotika, analgetika, LMWH, prováděny pravidelné kontroly krevního obrazu, hemokoagulace a vnitřního prostředí (nejprve po 4 hodinách, poté 1x denně).

2. den po laparotomii byla pacientka přeložena v celkově dobrém stavu na standartní oddělení šestinedělí. Další průběh šestinedělí fyziologický, pacientka dimitována 7. pooperační den do domácího ošetřování (před propuštěním laboratorní nález: hemoglobin 110 g/l, hematokrit 0,32, leukocyty 9,8 * 10 exp. 9/l, ostatní laboratoř bez pozoruhodností).

Závěr

My jsme se v řešení případu akutní inverze dělohy rozhodli v prvé řadě pro pokus o repozici dělohy vaginální cestou, jakožto nejrychlejší řešení tohoto urgentního stavu s nejmenšími následky pro matku. Ten byl bohužel pouze částečně úspěšný z nám neznámé příčiny. O'Sullivanovu metodu hydrostatické repozice ani metodu s následnou modifikací dle Ogueh & Ayida na našem pracovišti dosud nikdo nepraktikoval a nemáme s ní zkušenosti, proto jsme se po prvním neúspěšném pokusu manuální repozice rozhodli přistoupit ke korekci invertované dělohy z laparotomie, která již byla úspěšná stoprocentně. Inverze dělohy je život ohrožující stav s možnými fatálními následky pro matku. Při porodu je proto velmi důležité vyvarovat se jakýchkoli úkonů, které by k inverzi mohly přispět. Zejména se jedná o nekontrolovaný tah za pupečník a Credého hmat. Otázkou zůstává, do jaké míry můžeme míru inverzí dělohy po porodu minimalizovat, když bohužel až v 50 % je tento stav nepreventabilní a vzniká bez jakéhokoli tahu za pupečník či tlaku na děložní fundus.

Literatura

1. Zikmund J. Nepravidelnosti III. doby porodní a poporodního období. In: Čech E, Hájek Z, Srp B, Maršál K. Porodnictví. 2. přepracované vydání. Praha: Grada. 2006, s. 358-360
2. Roztočil A. Děložní Inverze. In: Roztočil A. Moderní porodnictví. Praha: Grada. 2006, s. 300-301
3. Hájek Z, Krejčí V. Inverze dělohy. In: Pařízek A. a kol. Kritické stavy v porodnictví. Kamenice: Mother-Care-Centrum Publishing. 2012, s. 150-151