

Gravid kvinna med intraspinal tumör opererades med gott resultat

GRAVIDITETEN FÖRDRÖJDE SANNOLIKT DIAGNOSTIK OCH BEHANDLING

En 27-årig kvinna, gravid med sitt första barn, drabbades under andra trimestern av successivt tilltagande smärtor i nacken. Kvinnan var tidigare frisk med normalt BMI och behandlades inte med några läkemedel vid graviditetens början. Smärtorna satt i höger cervikalregion, och besvären var störst nattetid. Smärtan radierade ned i höger arm, och efter hand tillkom parestesier i höger hand. Patienten hade inga motoriska bortfall. Hon sökte vård vid ett flertal tillfällen, bland annat hos allmänläkare, fysioterapeut och naprapat. Smärtorna bedömdes som muskulära, men även som »foglossning i nacken« (denna diagnos existerar ej). Patienten ordinerades egenvård, massage och TENS (transkutan elektrisk nervstimulering). Besvären förvärrades successivt och störde nattsömnen i hög utsträckning. Under 2 månaders tid sov patienten i sittande ställning enstaka timmar åt gången.

I graviditetsvecka 26 sökte patienten närakutmottagning på grund av ökade smärtor. Vid undersökning med axial kompression av nacken noterades ingen utstrålade smärta, och patienten var inte öm vid palpation över kotpelaren. Smärtan bedömdes som muskulär med nervpålagring, och patienten erhöll lugnande besked angående diskbråck. Med tanke på pågående graviditet bedömdes ingen ytterligare utredning eller behandling vara aktuell. Patienten rekommenderades paracetamol samt att söka vård om besvären höll i sig efter avslutad graviditet. Kort därefter sökte patienten akutmottagning, men nekades bedömning på grund av graviditet.

I graviditetsvecka 27 sökte patienten förlossningens akutmottagning på grund av ohållbar smärtsituation. Hon hade då 2,5 månaders anamnes på tilltagande smärtor i nacken som radierade ned i höger arm, och nu tillkomst av parestesier i höger hand. Det förelåg ingen motorisk påverkan. Poliklinisk MR halsrygg be-

Sana Ekholm, med dr, specialistläkare, ME graviditet och förlossning
sana.ekholm@regions-tokholm.se

Richard Shore, med dr, överläkare, Funktion PMI

Gustav Liu Burström, med dr, specialistläkare, ME neurokirurgi

Anna Sand, med dr, överläkare, ME graviditet och förlossning; samtliga Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

ställdes, utan kontrast på grund av graviditet.

MR halsrygg utfördes en vecka senare och visade en 34 × 18 × 11 mm stor tumör intraspinalt extramedullärt på nivå C3–C4. Tumören komprimerade och dislokerade ryggmärgen åt vänster. I första hand misstänktes schwannom. Patienten lades in några dagar efter undersökningen på grund av ohållbar smärtsituation. Smärtteam kopplades in, och patienten behandlades med paracetamol, lång- och kortverkande peroral opioid, klonidin, klorzoxazon, gabapentin och amitriptylin utan att acceptabel smärtlindring kunde uppnås.

Initialt planerades kirurgi först efter avslutad graviditet på grund av generella risker med kirurgi och

»Multidisciplinär konferens hölls med neurokirurg, obstetriker, smärtläkare, anestesilog och neonatolog, och beslut togs om operation under graviditeten.«

anestesi under graviditet. Tumören i sig bedömdes inte medföra en brådskande operationsindikation då schwannom är benigna, i regel växer långsamt och patienten inte hade motoriska symtom [1].

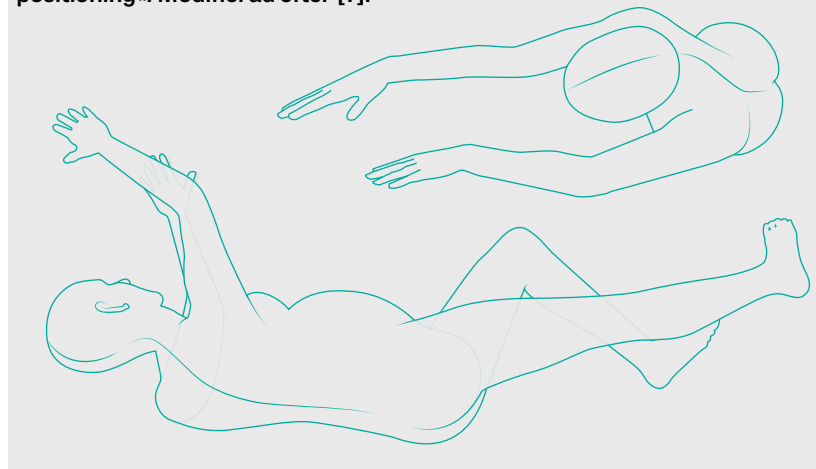
Patienten var dock i behov av inläggande vård på grund av svår smärtsituation och snabb upptrappning av ett flertal olika smärtläkemedel. Multidisciplinär konferens hölls med neurokirurg, obstetriker, smärtläkare, anestesilog och neonatolog, och beslut togs om operation under graviditeten. Indikation för snar kirurgi var patientens svåra smärtsituation och även att undvika att exponera fostret för höga doser läkemedel under lång tid.

I detta fall var det en utmaning att finna optimal operationspositionering, då operationen i vanliga fall görs i bukläge. Vid graviditet bör det överdrivna anteriora tryck mot uterus som uppstår i långvarigt bukläge om möjligt undvikas. Gravitationen som utövas av den gravida uterus på retroperitoneala vaskulära strukturer vid rygggläge kan ge upphov till en intern aortokaval kompression med en systemisk och fetal vaskulär funktionsnedsättning som följd [2]. Bukläge är mestadels genomförbart under första och andra trimestern, förutsatt adekvat uppläggning. Patienten

HUVUDBUDSKAP

- En tidigare frisk gravid kvinna sökte upprepade gånger vård för tilltagande nacksmärter. Besvären bedömdes initialt vara graviditetsrelaterade.
- Efter att patienten sökt akut utfördes MR halsrygg, som visade intraspinal tumör som dislokerade ryggmärgen. Patienten opererades med gott resultat.
- Patientens graviditet fördröjde sannolikt diagnostik och behandling.
- Fallbeskrivningen belyser vikten av noggrann utredning av smärta och symtom under graviditet.

FIGUR 1. Avbildning av operationsställning, så kallad »three-quarters prone positioning«. Modifierad efter [7].



ten befann sig i början av tredje trimestern, då uterus storlek medför en svårighet. Få studier har undersökt bukläge under tredje trimestern, och inga studier har utvärderat moderns eller fostrets fysiologi under en längre tidsperiod (>5 minuter). Det är dessutom svårt att monitorera fostret i bukläge, och vid akut fosterpåverkan kan akut sectio i praktiken inte genomföras. I detta fall utfördes CTG innan och efter operationen, men ingen fosterövervakning skedde perioperativt.

Den så kallade modifierade »park bench position« (även kallad »three quarters prone position«) befanns vara det bästa alternativet. Denna innebär att patienten ligger med bäckenet i sidoläge och överkroppen vriden så att huvudet, som placerats i Mayfieldstöd, ligger ca 45 grader roterat mot golvet (Figur 1). Denna positionering exponerar den cervikotorakala regionen med en acceptabel kompromiss mellan frånvaro av överdrivet tryck på bukregionen och direkt kirurgisk tillgång till lesionen [3, 4]. Denna position har visat sig minska kompression av de stora kärlen i buken mer än sidoläge, vilket möjliggör adekvat cirkulation och därmed bibehållen uteroplacental perfusion, samtidigt som lesionen cervikalt exponeras adekvat för kirurgin [5].

Patienten genomgick operationen i graviditetsvecka 29. Peroperativ infusion av atosiban (oxytocin-antagonist) gavs i värkhamnande syfte. Artärnål anlades preoperativt och noradrenalininfusion titrerades för att behandla eventuell maternell hypotoni och bibehålla medelartärtrycket. Förskjutning av livmodern åt vänster åstadkoms genom en snedkudde under höger höft vid alla tillfällen då patienten låg i ryggslä för att undvika aortokaval kompression. Då luftvägen hos gravida kräver särskild hänsyn utfördes »rapid sequence intubation« (RSI) med videolaryngoskopi, och patienten extuberades fullt vaken. Sevofluran (gasanestesi) underhöll anestesi, i motsats till totalintravenös anestesi (Tiva) med propofol. Detta valdes i samråd med neurokirurgen dels för att relaxera uterus (dosberoende) och minska risken för peroperativa uteruskontraktioner, dels för att inga planer fanns att använda neuromuskulär monitorering under ingreppet (vilken kan störas av gasanestesi).

Operationen förlöpte komplikationsfritt med en

operationstid på 2,5 timmar, och tumören avlägsnades i sin helhet. Omedelbart postoperativt återfick patienten all känsel i fingrar och hand. 3 dagar postoperativt påbörjades nedtrappning av analgetika enligt schema från smärtspecialist. Patienten utskrevs till

»I detta fall var det en utmaning att finna optimal operationspositionering, då operationen i vanliga fall görs i bukläge.«

hemmet 4 dagar postoperativt efter en okomplicerad vårdtid. 2 veckor postoperativt hade samtliga analgetika satts ut och patienten var utan större neurologiska och motoriska besvär. PAD-svar visade benign tumör, schwannom WHO grad 1.

Patientens graviditet fortskred normalt. Patientens födde barn med ett okomplicerat kejsarsnitt på psykosocial indikation i graviditetsvecka 38. Mor och barn utskrevs välmående till hemmet 2 dagar efter kejsarsnittet.

Obstetriska aspekter av fallet

- När orelaterade sjukdomstillstånd uppkommer under graviditet försvåras inte sällan diagnostiken. Vi bedömer att patientens graviditet i det aktuella fallet bidrog till att utredning och diagnos fördröjdes. Symtom på sjukdom som smärta, svullnad, andningsbesvär och nedsatt kondition kan förekomma fysiologiskt under normal graviditet, men det kan även föreligga en rädsla för att utföra adekvata undersökningar på grund av osäkerhet kring fosterpåverkan. Driv diagnostiken trots graviditeten. Vid tveksamheter – konsultera obstetrikern!
- Röntgenundersökningar under graviditet är i de flesta fall genomförbara utan risker för fostret. Om medicinsk indikation föreligger kan kontrastmedel användas vid datortomografi (jodkontrast), men användning av kontrast hos gravida avråds i regel vid magnetresonanstomografi (gadoliniumkontrast) [6].
- Optimal operationsställning hos gravid kvinna är en diskussion mellan berörda specialister, och multidisciplinärt samarbete är viktigt. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera: Läkartidningen. 2026;123:25166. doi: 10.65868/NUZR5562

Läs mer!

Fler fallbeskrivningar
på
Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Ando K, Imagama S, Ito Z, et al. How do spinal schwannomas progress? The natural progression of spinal schwannomas on MRI. *J Neurosurg Spine*. 2016;24(1):155-9.
2. Kuo CD, Chen GY, Yang MJ, et al. The effect of position on autonomic nervous activity in late pregnancy. *Anaesthesia*. 1997;52(12):1161-5.
3. Spena G, Guerrini F, Grimaldi G. A modified park bench position: the »Dormeuse« position. *Acta Neurochir (Wien)*. 2019;161(9):1823-7.
4. Velho V, Naik H, Bhide A, et al. Lateral semi-sitting position: a novel method of patient's head positioning in suboccipital retrosigmoid approaches. *Asian J Neurosurg*. 2019;14(1):82-6.
5. Nakai Y, Mine M, Nishio J, et al. Effects of maternal prone position on the umbilical arterial flow. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998;77(10):967-9.
6. Fällmar D, Granberg T, Kits A, et al. Att tänka på vid neuroradiologisk diagnostik av gravida och ammande. *Läkartidningen*. 2023;120:23103.
7. Bongetta D, Versace A, De Pirro A, et al. Positioning issues of spinal surgery during pregnancy. *World Neurosurg*. 2020;138:53-8.