

# Tidigare kejsarsnitt ökar risken för svåra graviditetskomplikationer

## Beskrivningar av två fall med livshotande blödningar

**LINNEA EKDAHL**, ST-läkare  
linnea.ekdahl@karolinska.se  
**MARIE WESTERGREN SÖDERBERG**, med dr, överläkare; båda

VO kvinnosjukvård/förlossning, Södersjukhuset, Stockholm

Kejsarsnittsfrekvensen i Sverige ökade från ca 5 procent 1973 till 17,6 procent 2007. Frekvensen har därefter minskat något och var 16,9 procent 2010. Kejsarsnitt är dessutom vanligare i storstadsregioner; i Stockholm var frekvensen 20,1 procent 2010 [1]. Jämfört med vaginal förlossning ökar risken framför allt för maternell blödning och infektion men även barnen riskerar att få övergående andningsstörningar [2-4]. I och med att kejsarsnittet ökat ser vi nu dessutom exempel på de svårare maternella komplikationer som kan uppstå vid påföljande graviditeter.

Vi rapporterar här om två fall som var aktuella med en veckas mellanrum på Södersjukhuset i Stockholm, en kvinnoklinik som förlöser drygt 7 000 kvinnor årligen (7 331 år 2011). Det rör sig om ett fall av placenta accreta med uterusruptur och ett fall av graviditet i det tidigare sectioärrat. Båda resulterade i massiva blödningar och akut hysterektomi på vitalindikation. Båda kvinnorna hade genomgått två tidigare kejsarsnitt.

**Fall 1.** En 34-årig frisk kvinna hade 2002 genomgått kejsarsnitt på grund av placenta praevia och därefter ett planerat kejsarsnitt på eget önskemål 2004. Vid nästa graviditet 2008 genomgick hon en kirurgisk abort, varvid viss misstanke om uterusperforation förelåg.

Hon blev åter gravid med tvillingar 2011. Redan under tidig graviditet besvärades hon periodvis av en molande värk på platsen för sectioärrat. Med ultraljud såg man en framväggsplacenta som ingav misstanke om inväxt in i myometriet, placenta accreta. Kejsarsnitt planerades i graviditetsvecka 34-35.

I graviditetsvecka 30+6 tillstötte plötsliga starka buksmärtor. Man kallade på ambulans och när färden mot sjukhuset startade drabbades patienten av hjärtstopp. Ambulansen dirigerades direkt till förlossningens operationssal för ett perimortalt kejsarsnitt i syfte att förbättra chansen att lyckas med hjärt-lungräddning [5]. Kejsarsnittet påbörjades helt utan anestesi. Man konstaterade att det fanns fem liter blod i buken och att uterus Brustit på platsen för placenta. De livlösa barnen kunde inte återupplivas. EKG-komplex registrerades initialt och man intuberade efter operationsstart i stort sett utan läkemedel. En massiv transfusion påbörjades och blodtrycket började stiga. Eftersom placenta inte gick att lösa beslutades om hysterektomi. Cirkulationen återkom efter hand med riklig blödning, och gynekologisk bakjour, kärlkirurg och urolog tillkallades. Man genomförde subtotal hysterektomi med tidvis avklämning av arteria iliaca communis och sedan ligering av arteria iliaca interna bilateralt. Urinblåsan var utan uppenbar placenta inväxt. Efter fyra timmar och en blodförlust på 18 liter avbröts operationen. Eftersom blödningen inte kunde stillas fullt ut packades buken med dukar och förslöts till påföljande dag då patienten tömdes på ytterligare två liter koagulerat blod.

Patienten utvecklade därefter övergående leverischemi och njursvikt och vårdades sju dygn på IVA.

Hon lades åter in fem dagar senare med ett infekterat hema-

tom i buken, som tömdes. PAD visade placenta accreta där korionvilli penetrerade en tredjedel av myometriet i de undersökta snitten.

**Fall 2.** En 32-årig kvinna med hypertoni och BMI 37, som genomgått kejsarsnitt 2001 utomlands på grund av hotande fosterasfyxi och 2004 på grund av tvillingar och sätesbjudning, sökte nu med avstannad graviditet i åttonde veckan. Med ultraljud sågs en graviditet med hinnsäcken sittande lågt i livmoderkaviteten. Efter två försök med medicinsk behandling med misoprostol utan effekt beslöts om kirurgiskt avbrytande.

Efter att graviditeten utrymtes med vakuumsug uppstod en mycket riklig blödning från livmodern som inte avtog. Livmodern och aorta komprimerades och en kateterballong lades in i livmodern med viss svårighet varvid blödningen avtog utåt. Emellertid pekade anesthesiologiska mätvärden på fortsatt blödning inåt varför man övergick till embolisering av arteria uterina.

Blödningen fortsatte trots väl genomförd embolisering. En komprimerande ballong sattes i aorta inför akut laparotomi på vitalindikation. Vid denna fann man nekrotisk vävnad i istmusområdet och uterusruptur ovan istmus på höger sida. Total hysterektomi genomfördes för att säkert få med de patologiska kärlen i istmus eller cervix. Operationen komplicerades av obesitas och adherenser förutom diffusa blödningar (patienten blödde sammanlagt nio liter).

Trots att aortakompressionen släpptes efter 2,5 timmar utvecklade patienten en emboli i höger arteria femoralis och poplitea postoperativt och genomgick embolektomi utan komplikationer samma kväll.

Hon vårdades tre dygn på IVA och skrevs välmående ut till hemmet efter tio dagars vårdtid. PAD visade syncytial myometrit som tecken på placenta accreta.

### DISKUSSION

Placenta accreta innebär att det inte finns något decidualager under placenta utan korionvilli fäster direkt mot myometriet. De allvarligaste formerna är placenta increta, då korionvilli invaderar myometriet, och placenta percreta då korionvilli invaderar ända till eller genom uterus serosa. De starkaste riskfaktorerna är placenta praevia och genomgången kejsarsnitt. I en amerikansk kohortstudie av 30 132 kvinnor som

### SAMMANFATTAT

**Ökande kejsarsnittsfrekvens** gör att allvarliga komplikationer som inträffar efter upprepade kejsarsnitt blir allt vanligare.

**Ett patientfall med placenta accreta** och ett fall med graviditet i sectioärr, båda med livshotande blödningar, presenteras.

**Vid två tidigare kejsarsnitt** och ventral placenta praevia är risken för placenta accreta 40 procent. Placenta accreta är associerad med riklig blödning, uretärskador och blåsskador. Graviditet

i sectioärr är en svår men viktig diagnos att ställa då enbart skrapning inte är tillräcklig som behandling.

**Genom att ha dessa diagnoser** i åtanke har man möjlighet att i förväg planera och optimera det medicinska omhändertagandet.

**Mot denna bakgrund** är det också viktigt att i förebyggande syfte hjälpa kvinnor att välja vaginal förlossning om ingen medicinsk indikation för kejsarsnitt föreligger.

## KLINIK & VETENSKAP FALLBESKRIVNING

förlöst med kejsarsnitt utan att ha varit i värkarbete var förekomsten av placenta accreta oavsett praevia 0,3 procent vid andra, 0,6 procent vid tredje och 2,1 procent vid fjärde kejsarsnittet. Risken för accreta var således fördubblad vid tredje kejsarsnittet, oddskvot 2,4 (95 procents konfidensintervall [KI] 1,3–4,3), och niofaldigad, oddskvot 9,0 (95 procents KI 4,8–16,7) vid det fjärde [6]. Denna studie vägde tungt när American Congress of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion 2013 rekommenderade vaginal förlossning framför kejsarsnitt utan medicinsk indikation generellt och särskilt till kvinnor som planerar många barn [7]. Hos kvinnor med placenta praevia är risken för placenta accreta 10 procent; den ökar till 40 procent om ventral placenta praevia föreligger och om man genomgått två eller flera kejsarsnitt tidigare. Placenta accreta är associerad med svår morbiditet i form av blödning, uretärskada, blåskada och risk för fistelbildning. Blödningsmängden är rapporterad till i genomsnitt 3–5,5 liter. En mortalitet på 7 procent rapporterades från USA 1996 [8, 9].

Placenta accreta blir vanligare på grund av stigande maternell ålder och en ökad kejsarsnittsfrekvens. Incidensen varierar mellan 1/533 och 1/2 500 beroende på definition och studiepopulation [9, 10]. Vid placenta praevia kan misstanken om placenta accreta stärkas med ultraljud och/eller MR-undersökning. Säkerställd diagnos fås dock först efter PAD.

Eftersom förlossning med placenta accreta innebär stora risker pågår diskussioner om handläggningssätt och optimal förlossningstidpunkt. Planerad hysterektomi i samband med kejsarsnitt med placenta kvar och i förväg inlagda uretärkatetrar ger enligt en studie mindre morbiditet avseende intensivvård och uretärskador jämfört med om man först försöker lösa placenta [11]. En annan studie visar att embolisering före hysterektomi med kvarsittande placenta ger en minskad morbiditet och minskad blödning jämfört med att inte embolisera före hysterektomi [9].

Fertilitetsbevarande kirurgi har kommit som ett nytt alternativ. Det kan göras genom att lämna placenta och sedan efterbehandla med exempelvis embolisering av arteria uterina eller eventuellt metotrexat. Detta finns beskrivet i mindre studier och ger enligt dessa minskad risk för blodtransfusion, men ökad risk för sepsis [11].

Graviditet i sectioärr är ovanlig men antalet rapporterade fall ökar då både andelen kejsarsnitt och medvetenheten om diagnosen ökar. Implantation av graviditet i sectioärr skiljer sig från intrauterin graviditet med placenta accreta. Sectioärrsgraviditeten omges helt av myometrium och/eller ärrvävnad som är skild från endometriet. Kärnen till placenta är patologiska och saknar kontraktionsförmåga när graviditeten avbrutits. Ultraljuddiagnostiken är svår; kriterierna är en tom uterusåvitet, tom cervikalkanal samt en hinnsäck i främre uterusväggen med avsaknad av normalt myometrium mellan urinblåsa och hinnsäck. Eftersom skrapning är otillräckligt och leder till blödning har man prövat olika vägar, som exstirpation av graviditeten och suturering via primär laparotomi eller laparoskopisk resektion ef-

ter förbehandling med metotrexat eller embolisering av arteria uterina [12, 13].

### KONKLUSION

Båda dessa fall illustrerar livshotande graviditetskomplikationer som är mycket ovanliga men kan uppstå efter kejsarsnitt och där risken ökar med antalet genomgångna kejsarsnitt. Vid båda tillstånden är det också mycket viktigt att i tid inse risken, utreda så långt det går och förbereda för optimalt omhändertagande tidsmässigt och logistiskt. Vid förlossning/avbrytande av dessa graviditeter bör man ha beredskap för laparotomi med multidisciplinär kompetens och embolisering.

I det första fallet hade en förlossningsplanering gjorts enligt ovan, men ett livshotande tillstånd med uterusruptur och intraabdominell blödning uppstod först. I det andra fallet var den i första trimestern svårställda diagnosen inte känd.

Såvitt vi kan bedöma förelåg medicinska indikationer för tre av de fyra kejsarsnitten som utfördes på de beskrivna patienterna före aktuell sjukdomsbild. Vi anser emellertid att allvarligheten i diagnoserna gör det angeläget att välja vaginal förlossning om ingen medicinsk indikation för kejsarsnitt föreligger. Detta är ännu viktigare vid förlossningsplanering efter ett första kejsarsnitt och i synnerhet om man önskar många barn.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

- Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
- Liu S, Liston RM, Joseph KS, et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*. 2007;176(4):455–60.
- NIH State-of-the-Science conference statement on cesarean delivery on maternal request. Bethesda, Maryland: National Institutes of Health; 2006.
- Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, et al. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective cesarean section: cohort study. *BMJ*. 2008;336:85–7.
- Katz VL. Perimortem cesarean delivery: its role in maternal mortality. *Semin Perinatol*. 2012;36:68–72.
- Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol*. 2006;107:1226–32.
- Cesarean delivery on maternal request. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2013. Committee opinion no 559.
- O'Brien JM, Barton JR, Donaldson ES. Obstetrics: The management of placenta percreta: conservative and operative strategies. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175:1632–8.
- Angstman T, Gard G, Harrington T, et al. Surgical management of placenta accreta: a cohort series and suggested approach. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202:38.e1–9.
- Garmi G, Salim R. Epidemiology, etiology, diagnosis, and management of placenta accreta. *Obstet Gynecol Int*. 2012;2012:873929.
- Eller A, Porter T, Soisson P, et al. Optimal management strategies for placenta accreta. *BJOG*. 2009;116:648–54.
- Fylstra D. Ectopic pregnancies not within the (distal) fallopian tube: etiology, diagnosis and treatment. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;4:289–99.
- Godin PA, Bassil S, Donnez J. An ectopic pregnancy developing in a cesarean section scar. *Fertil Steril*. 1997;67:398–400.

### SUMMARY

Higher cesarean delivery rates increase the number of serious complications due to repeated sections. One case of placenta accreta and one case of cesarean scar ectopic pregnancy occurring within a week in a large Swedish Ob/Gyn unit are presented. The incidence of placenta accreta rises to 40% among women who had two previous cesarean deliveries and an anterior placenta praevia. Placenta accreta

is associated with an increased blood loss, ureteral damage and bladder injuries. Cesarean scar ectopic pregnancy is difficult but important to diagnose since treatment by curettage is insufficient. Both conditions require careful planning for an optimal treatment. As prevention, vaginal delivery must be encouraged when no medical indications for cesarean sections are present.