

Inversio uteri — viðvending lívmóðir*)

Eftir Marner Simonsen.

Inversio uteri er ein sjáldsamur, men hættisligur tilburður, sum kemur knappliga í seinasta parti av barnsburðinum. Tað, sum hendir, er ein viðvending av lívmóðurini.

Endamálið við hesari ritgerð er at bera fram tær umstøður, ið verða kunnu atvoldin til eina viðvending av lívmóðurini, og tí sum av hesum tilburði kann standast. Aðalendamálið er at siga frá tveimum tilburðum av inversio uteri, tí hildið verður neyðugt, at allir koma alment fram, orsakað av at tilburðurin er so sjáldsamur.

1. Fyrikoming, uppruni og sundurbýting.

Ilt er at siga, hvussu vanligur hesin tilburður er. Eftir nýggjari uppgerð eftir *Nielsen et al.*⁹ kemur hann fyri hjá 1:38000 barnsburðum. *Wadstein*¹² finnur 1:13886. *Das*⁴ finnur 1:8537. *Pery*¹⁰ finnur 1:100000. *Choudhuri*³ finnur 1:4400 og *Bunke et al.*² finna 1:19998.

Á deildini fyri kvinnusjúkur og nærfrøði á Københavns Amtssygehus í Glostrup er í tíðarskeiðinum 1961—1964 millum 3300 barnsferðir bert sæddur ein tilburður av inversio uteri.

Upprunin til puerperala inversio uteri kann sum *Zange-*

*) Københavns Amtssygehus í Glostrup, deildin fyri kvinnusjúkur og nærfrøði (yvirlæknar: H. Lefèvre og Jan Weber) og frá egnum bygðalæknayrki.

*meister*¹³ heldur, vera ov hart trýst á lívmóðurina, um so er, at hon er ikki heilt samanknýtt, og eftirburðurin er ikki heilt leysur, samstundis við at hálað verður í nalvastrongin. *Nielsen et al.*⁹ hava funnið, at teir flestu tilburðirnir av inversio uteri høvdu heilt ella lutvíst fastsitandi eftirburð, og siga, at hetta hevur størsta týðningin. Annars halda teir, at flestu tilburðirnir koma av sær sjálvum og, at ov hart trýst á lívmóðurina og at hálað verður í nalvastrongin, hevur minni at týða til upprunan av tilburðinum. Hetta er eisini ávíst av *Shepler*¹¹.

Talið á barnsferðum frammanundan tykist ikki í stóran mun at hava samband við henda tilburð. Tað eru eins mangar konur, ið eiga fyrstu ferð og hava átt fyrr, ið koma fyri henda tilburð. *Das*⁴ fann, at 54% áttu fyrstu ferð, og *Bunke et al.*² finna, at tær hava átt 1,9 ferðir í miðal.

Teir flestu (^{4 6 10 11}) skilja millum tvey sløg av inversio uteri:

1. Bráð viðvending, kemur beinleiðis í samband við barnsburðin.
2. Minni bráð viðvending, byrjar nakað seinri, tá ið lívmóðurhálsturin aftur fer at knýta seg saman.

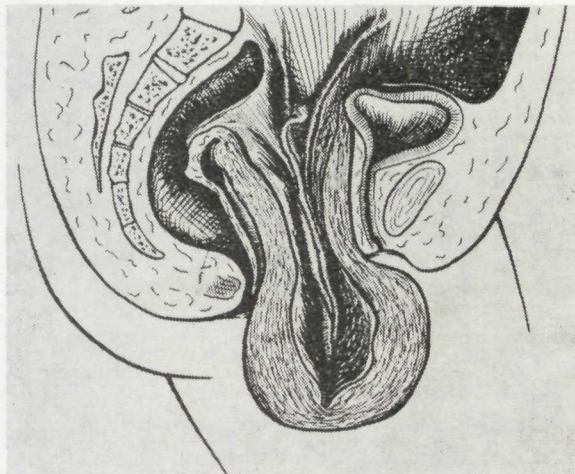
Tilburðirnir kunnu eisini verða býttir í:

1. Ófullfíggaðar: fundus uteri er ikki uttan fyri orificium externum cervicis uteri.
2. Fullfíggaðar, teir vanligastu: fundus er komin heilt út ígjøgnum orificium externum og liggur í vagina.
3. Prolapsus: fundus er komin út um vulva (1. mynd).

2. Sjúkratekin og sjúkuavgerð.

Við puerperala inversio uteri kann ring bløðing og/ella skelkur (shock) vera fyrsta tekinið, ið ger, at ein fær varhugan av hesum tilburði. Skelkurin er ofta harður og stendur ikki altíð í mun til ta bløðingina, ið sæst^{4 5 6 10 12}.

Aftur at hesum kemur eisini sum lutvís greining av skelkinum fyribrygdi við hypofibrinogenaemia við fibrinolytiskum broytingum av broytingum av blóðstorkingini, sum *Dapunt et al.*⁵ nústaðni hava sagt frá.



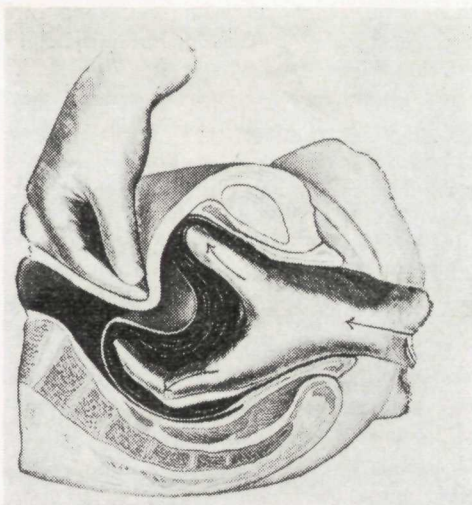
1. mynd. Eftir Gynäkologische Diageostik. W. Neuweiler, 1958.

Vit verða varug við tilburðin, tá ið eitt knýti er at finna í vagina ella kemur fram gjøgnum vulva, samstundis sum ein ikki kann kenna fundus uteri við kanning av búkinum. Ofta situr eftirburðurin fastur á tí viðvenda uterus^{9 11}.

3. Viðgerð.

Fyrst ræður um at viðgera skelkin, ið longu er tilsteðar ella er hóttandi, og tær fibrinolytisku broytingarnar við møguligum vantandi fibrinogeni.

Síðan er viðgerðin skjótast gjørligt at fáa ta viðvendu móðurina inn aftur. Hetta eydnast í flestum førum^{2 4 6 9}. Í nógvum førum^{1 6 9 13} situr eftirburðurin fastur á uterus, og mælt verður til av flestu rithøvundum^{1 6 13} at loysa hann til at lætta um at fáa móðurina inn aftur. Trýst kann verða við aðrari hondini, og móðurhálsurin samstundis víðkaður við fingrunum, og síðan kann fundus uteri verða handlaður við hinari hondini at fáa móðurina inn aftur (2. mynd). Ansast má eftir ikki at trýsta ov hart á ta bleytu, ikki samanknýttu móðurina, at hon skal ikki skrædna. Tá ið móðurin nú er rättvend, kunnu uterotonica verða givin.



2. mynd. Eftir Principles and Practise of Obstetrics.
De Lee & Greenhill, 1948.

So at móðurin skal ekki vendast við aftur beinanvegin, er ofta neyðugt at fylla hana við tvørra, og viðhvørt er eisini neyðugt at leggja stóran tvørra í vagina at halda móðurini upp úr kokuni. Hetta varð neyðugt hjá fyrra sjúklinginum, ið nevndur er í hesi ritgerð.

Eydnast ikki at venda lívmóðurini við, verður farið til skurðviðgerðar^{4 8 9 13}.

4. Egið tilfar.

Sum áður nevnt er inversio uteri ein so sjáldsamur og hættisligur tilburður, at allir tilburðir av hesum slagi eiga at verða lagdir fram. Sagt verður her frá tveimum tilburðum: Annar frá Københavns Amtssygehus í Glostrup, deildini fyri kvinnsjúkur og nærfrøði, hin frá vanligum læknaýrki.

1. 42 08 09 O.b.i.

22 ára gomul, onnur barnsferð.

Fyrsta barnsferðin var rættvörðin eitt ár áður á føðistovu.

Meðan hon hefur gingið við hesum barninum, varð hon innlögð á Københavns Amtssygehus í Glostrup, heiliráðdeild, í 5. mánað fyrri cystopyelitis acuta.

Hon varð innlögð tann 1.2.65, aftaná at hon hevði átt livandi drong á føðistovu 4—5 tímar áðrenn innleggjan. Hann vá 2800 g. Hon átti 2 vikur fyrri tíð.

Sum nevnt gekk alt, sum tað átti við at eiga. Tá ið hon átti, varð gjørd episiotomi. Eftirburðurin sigst at verða komin av sær sjálvum (spontan) okkurt um 15 minuttir, eftir at hon hevði átt barnið. Ongar upplýsingar eru annars um, hvussu eftirburðurin var vorðin.

Fyrstu tímarnar aftaná barnsburðin bløddi hon eitt sindur pr. vaginam. Hon varð beint eftir tað, at hon hevði átt, nakað ússalig, og støðan versnaði líðandi, soleiðis at hon var illa skelkað, tá ið hon varð innlögð 4—5 tímar eftir, at hon hevði átt.

Tá ið hon varð innlögð, bløddi hon eitt sindur pr. vaginam. Blóðgáva varð latin beinleiðis, og síðan varð hon doyvd til at kanna lívmóðurina innan.

Við at føla inn á búkin, kenst móðirin ikki oman fyrri kokuna, og síðan verður gjørd gynækologisk kanning, og nú verður fundus uteri funnin at liggja niðri í vagina, heilt vend við, uttan fyrri orificium externum cervicis uteri. Við nærri kanning finnur ein, at orificium er fast samanknýtt oman fyrri corpus uteri, og samstundis kennist frá búkinum (svarandi til lívmóðurina) ein lægd, har lívmóðirin átti at verið.

Henda inversio uteri er soleiðis fullfíggað, men liggur í vagina. Vulva gapar ikki, og einki av tí viðvendu móðurini sæst at koma út í introitus ella út um vulva.

Úr øllum tí rangvørga móðurvegginum bløðir eitt sindur.

Móðirin verður nú trýst inn aftur og vend, og ber tað rættiliga væl til. Men av tí, at móðirin hefur hug aftur at koma rangvørg niður, verður ein stórur tvørrí lagdur inn í lívmóðurina. Hon knýtir seg nú væl saman, tá ið uterotonica verða givin, og nú er eingin bløðing.

Tvørrin í lívmóðurini varð tikin eftir einum samdøguri, og alt gekk nú væl uttan nakra bløðing ella annað. Bert vaks likamshitin eitt sindur til 38°,5 ein einstakan dag. Givið varð penicillin og streptomycin í fyrirbyggjandi syftu.

Tá ið sjúklingurin varð útskrivaður, var einki órættvorið at finna við gynækologiskari kanning, og støddin á lívmóðurini var hóskaandi eftir teirri tíð, ið liðin var frá barnsburðinum.

Við eftirkanning av sjúklinginum 9 mánaðir aftan á útskrivan, varð einki órættvorið funnið. Hon hevði livað væl. Bløðingarnar høvdu verið regluligar. Hon hevði seinastu mánaðirnar tikið gestagen (Enavid ®), so hon skuldi ikki verða við barn aftur.

2. *Frá egnum yrki sum bygðalækni.*

34 ára gomul, fjórða barnsferðin. Átti á tíð heima í skallalegu, livandi drong, ið vá 3700 g.

10 minuttir aftan á, hon hevði átt, varð roynt at trýsta eftirburðin ógvuliga hart út, og nú kom ein fullfíggað viðvending av lívmóðurini við prolapsi uttan fyri vulva við eftirburðinum sitandi føstum á móðurvegginum. Hon bløddi ikki, men varð beinanvegin illa skelkað, gav seg illa, og støðan varð skjótt ógvuliga hættilig. Eftirburðurin varð loystur av, móðirin varð trýst innaftur og kom beinleiðis at vera rättvend. Nú kenst ein vøkstur (fibrom) í vinstra horni á móðurini. Givin verða uterotonica, og knýtir móðirin seg væl saman.

Framvegis er at kalla eingin bløðing, men sjúklingurin er støðugt illa skelkaður. Hon varð flutt til sjúkrahús, men 2 tímar eru at sigla, og á ferðini varð ikki gjørligt at viðgera skelkin á rættan hátt, tí einki tilfar var til tess.

Ein hálvan tíma, áðrenn komið varð á sjúkrahúsið, doyði konan í harðasta skelki uttan at nøkur bløðing hevði verið at sæð.

Orsøkin til, at henda lívmóðurin varð vend við, er ivaleyst tað harða trýstið, sum útint varð á eina ikki samanknýtta lívmóður við einum ikki heilt losnaðum eftirburði, ið situr í fundus, og møguliga hevur eisini tann ávísti vøksturin verið ein hjálpanði orsök.

Ikki var gjørligt at viðgera henda seinra tilburðin til fulnar, tí hvørki er gjørligt at geva blóð úti á bygd ella á báti í so-vorðnum skundi uttan at hava fingið gjørt gjølligar fyrireikingar viðvíkjandi blóðflokkaavgerð, og heldur ikki má í hesum føri verða givin plasmalíki (t. d. Dextran ella Macrodex) orsakað av møguligum broytingum í blóðstorkingini. Heldur eigur at verða gingið ta leið, at flest allar konur eiga á sjúkrahúsi ella nærhendis, so líkindi verða til at koma undir kønar hendur beinan vegin, um okkurt skuldi borist á.

SUMMARY

Two cases of puerperal inversio uteri are reported. The literature has been briefly reviewed and the aetiology as well as the frequency of inversio uteri has been discussed. In most cases the inversion is spontaneous, but a usual cause of inversio uteri is supposed to be too heavy expression of the afterbirth at the third stage of the delivery when the placenta is not loosened and the uterus is not contracted. The parity is of no importance. The first symptom usually is shock which not always

is proportional to the bleeding. Also fibrinolytic blood coagulation defects are mentioned. The diagnosis is evident when the uterus is found in or outside the vagina. The treatment is manual reposition as soon as possible after the shock has been treated. The two reported cases are both puerperal inversions. The first, para 2, was admitted in shocked condition. The reposition was easy and no complications occurred, while the other case was a para 4 complicated with a fibroma of the uterus. This patient died after the reposition was made as it was not possible to treat the shock adequately.

BÓKMENTIR

1. *Ahlström, E.* Acta Obst. et Gyn. Scand. 4, 176, 1926.
2. *Bunke, J. W. et al.* Amer. J. Obstet. & Gynec. 91, 934, 1965.
3. *Choudhuri, S. K. J.* Indian Med. Ass. 42, 33, 1964.
4. *Das, Probodh.* J. Obstet. Gyn. Brit. Emp. 47, 525, 1940.
5. *Dapunt, O. et al.* Wien. Klin. Wschr. 76, 588, 1964.
6. *DeLee, J. B. and Greenhill, J. P.* Principles and Practice of Obstetrics, 1948, bls. 728—734.
7. *McLennan, C. et al.* J. A. M. A. 120, 679, 1942.
8. *Mahon, R. et al.* Bull. Fed. Gyn. Obstet. Franc. 16, 414, 1964.
9. *Nielsen, J. C. et al.* Ugesk. f. Læger. 128, 740, 1966.
10. *Pery, G.* Rev. Franc. Gyn. Obstet. 58, 765, 1963.
11. *Shepler, L. G.* Obstet. Gyn. 23, 598, 1964.
12. *Wadstein, T.* Acta Gyn. et Obst. Scand. 17, 24, 1937.
13. *Zangemeister, W.* Dtschr. Med. Wschr. 39, 729, 1913.