

# ONOMKEERBARE KONSTRIKSIERING VAN DIE UTERUS TYDENS BARING

P. F. VENTER, M.MED. (O. & G.) (PRETORIA), M.R.C.O.G. EN F. W. VAN DER WESTHUIZEN, M.B., CH.B. (RAND)

Departement Obstetrie en Ginekologie, Universiteit van Pretoria

'n Konstrikasie kan gedefinieer word as 'n gelokaliseerde ring van kontraksie en hipertonus van die miometrium wat in enige stadium van die baring kan voorkom en wat die uitstoot van die produkte van swangerskap verhoed.<sup>1</sup> Nie-teenstaande duidelike uiteensettings deur verskeie skrywers in die verlede<sup>2,3</sup> heers daar nog baie verwarring oor hierdie onderwerp. Twee soorte konstrikasie word beskrywe in baring.<sup>2</sup>

1. 'n Spasmodiese, omkeerbare konstrikasie wat verslap onder die invloed van narkose, insnyding, morfien, rus, adrenalien, of na die dood.

2. 'n Permanente, onomkeerbare konstrikasie wat nie verslap onder narkose of ander middels nie, selfs nie na die dood ingetree het nie.

Die omkeerbare konstrikasie word redelik dikwels in die verloskunde teëgekomp en dit is 'n erkende entiteit. Baie min outentieke gevalle van die onomkeerbare tipes word egter in die literatuur gevind. Al sulke gevalle behoort gepubliseer te word om ons in staat te stel om die ware voorkoms van die toestand te kan vasstel en die geval wat hier aangehaal word regverdig dus publikasie.

## VERSLAG VAN DIE GEVAL

'n 36-jarige Naturellevrou is op 4 Oktober 1956 om 8.15 vm. toegelaat tot die Naturelle-kraamafdeling van die Algemene Hospitaal, Pretoria. Sy is met 'n ambulans na die hospitaal gebring vanaf 'n afgeleë distrik en slegs 'n baie swak geskiedenis kon verkry word.

### Geskiedenis

Die pasiënt was 'n para 7, maar geen besonderhede kon verkry word van die vorige of die huidige swangerskappe nie. Al wat bepaal kon word was dat die pasiënt reeds 2 dae in kraam was. Die fetale hart was waargeneem 6 uur voor opname, maar het daarna verdwyn.

### Onderzoek

Die pasiënt was in 'n baie swak algemene toestand. Sy was koud en het gesweet. Die pols was nie voelbaar nie en die bloeddruk kon nie bepaal word nie. Asemhaling was vinnig en oppervlakkig. Die buik het die grootte van 'n voltydse swangerskap gehad. Die uterus was hard saamgetrek, het hoog opgestyg in die buik en daar was geen verslapping nie. Die laer segment was teer en die kop was gefikseer. Die posisie van die skedel was beskou as regter oksipito-posterior. Geen fetale hart was hoorbaar nie.

Met rektale ondersoek was die voorliggende deel stand 0, en geen cervix kon gevoel word nie. Die vulva was baie edemateus, en 'n bloederige vaginale afskeiding was teenwoordig.

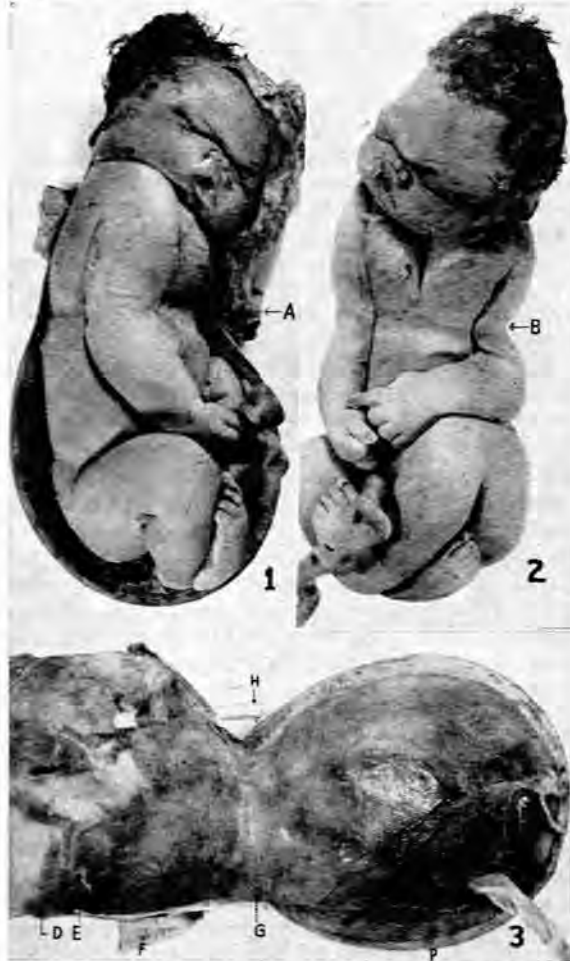
'n Voorlopige diagnose van uterusruptuur is gemaak en daar is dadelik begin met pogings tot resussitasie, maar die pasiënt is 30 minute na opname oorlede.

### Post-mortem-onderzoek

Die lykskouing is uitgevoer op 5 Oktober 1956. 'n Algemene peritonitis was teenwoordig en omtrent 200 c.c. groen-etterige vloeistof is in die peritoneale holte gevind. Die hart, longe, spysverteringskanaal, en organe, asook die niere, was normaal, maar die ureters was uitgeset.

Die uterus het 'n voldrae fetus bevat waarvan die kop gedeeltelik

in die vagina was. Daar was 'n klein skeur teenwoordig in die linkerkant van die vaginale wand. Geen ruptuur van die uterus is waargeneem by uitwendige ondersoek nie. Die uterus met die fetus is *in toto* verwyder en ondersoek van die monster het gewys dat die uterus baie styf om die fetus saamgetrek was. 'n Sagitale seksie van die uterus het bevestig dat die uterus baie styf om die fetus was (Afb. 1). 'n Opvallende konstrikasie by die aansluiting van die laer en hoër segmente, wat die fetus rondom die



Afb. 1. Oopgesnyde uterus (met fetus gesien van kant). A. Konstrikasie.

Afb. 2. Konstrikasie om fetus. B. Ring om fetus.

Afb. 3. Oopgesnyde uterus (gesien van kant). G. Konstrikasie, D. Vagina, E. Cervix, F. Blas, P. Plasenta en H. Perforasie.

borskas omknel het, was sigbaar en 'n baie duidelike indinking is rondom op die kind gelaat (Afb. 2 en 3). Die kind het 10 lb. 3 onse geweg en die skedel, wat in die bekken ingekerk was, was vervorm met 'n groot kaput.

Die cervix was vol ontsluit met 'n dun uitgerekte laer segment. Die plasenta was anterior geïmplanteer. Daar was 'n opening

omtrent 3 cm. in deursnit tussen die vagina en die sak van Douglas (Afb. 3). Hierdie opening was net distaal van die rand van die cervix. Die opening was goed afgerond met skerp rande en het die voorkoms gehad van 'n druknekrose en nie van 'n skeur nie.

*Patologiese Diagnose*

Die pasiënt het 'n obstruktiwe baring met 'n konstriksiering gehad. 'n Perforasie was teenwoordig tussen die vagina en die sak van Douglas as gevolg van druknekrose wat aanleiding gegee het tot 'n algemene peritonitis.

#### BESPREKING EN OPSOMMING

Post-mortem-ondersoek van hierdie geval het die teenwoordigheid gewys van 'n opvallende konstriksiering, in die gebied tussen die hoër en die laer segmente. Hierdie ring het die fetus so styf omknel dat 'n duidelike induiking om die fetus gelaat is. Tot hoe 'n mate die konstriksiering die oorsaak of die gevolg van die obstruktiwe baring was kon nie met sekerheid bepaal word nie.

Die perforasie wat aanleiding gegee het tot 'n peritonitis het die voorkoms gehad van 'n druknekrose. Rudolf<sup>2</sup> beweer dat die uterus nie sal perforeer met 'n konstriksiering nie, tensy dit gekompliseer word deur een of ander faktor wat druknekrose van die uterus veroorsaak.

By hierdie geval was daar dus 'n konstriksiering teenwoordig wat bly voortbestaan het na die dood van die pasiënt. Dit bewys dus beslis dat 'n onomkeerbare konstriksiering mag voorkom.

Graag bedank ons prof. F. G. Geldenhuys vir sy advies.

#### VERWYSINGS

1. Jeffcoate, T. N. A. in Holland, F. en Bourne, A. (1955): *British Obstetric and Gynaecological Practice*, 1ste druk, p. 552. Londen: Heinemann.
2. Rudolph, L. (1935): *J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp.*, 42, 993.
3. Louw, J. T. (1948): *S. Afr. T. Geneesk.*, 22, 366.