

PRIMÊRE RUPTUUR VAN 'N VEERTIEN-WEKE-SWANGER UTERUS AS GEVOLG VAN SUBAKUTE ONSTEKING

M. M. DE LA HARPE, M.MED. (O. ET G.) (PRET.), M.R.C.O.G.

Senior Lektor, Departement Obstetrie en Ginekologie, Universiteit van Pretoria

Die probleem van uterusruptuur is in die literatuur beslis nie links laat lê nie. Sedert Bandl¹ se verhandeling oor die onderwerp in 1875, kon Beacham en Beacham² in 1951 reeds 727 geskrifte oor die onderwerp bestudeer.

Naas die mees algemene en welbeskrewende etiologiese faktore in ruptuur, nl. obstruktiwe kraam, trauma, litteken-ruptuur na chirurgiese ingrepe op die uterus, oksitotiese middels, multipariteit, obesiteit, kongenitale uterus-misvormings, hoekige inplanting van die vrug, stortkraam, chorioniese infiltrasie van die miometrium, en vorige perforasie van die uterus of kuret-besering, bly daar egter 'n groep gevalle oor waar geen van die gewone oorsake gevind word nie en wat gewyt word aan „Baustörung des Gewebes”,³ aan 'n inherente patologiese proses in die miometrium wat nie mikroskopies sigbaar mag wees nie,⁴ of aan wanvoeding.⁵

Sepsis word in die literatuur hoofsaaklik genoem as oorsaak van swak hegting van keisersnee-wonde, en dus as 'n sekondêre faktor. Van sepsis as primêre oorsaak van ruptuur kon geen beskrywing gevind word nie. By die geval wat hier beskryf word, was ontstekingsveranderinge die enigste etiologiese faktor wat vasgestel kon word.

BESKRYWING VAN GEVAL

D.M., 'n 23-jarige Bantoevrou, *gravida 2, para 1*, is op 8 Maart 1958 toegelaat tot die ginekologiese afdeling van die Algemene Hospitaal, Pretoria, met die volgende klagtes:

Haar laaste normale menstruasie was in Desember 1957, met daarna 3 maande amenorree tot een dag voor toelating. Die dag voor toelating het sy sonder klaarblyklike oorsaak of waarskuwing 'n akute onderbuikpyn ontwikkel, gepaard met 'n bloederige vaginale afskeiding. Die pyn het gesprei na die skouers en sy moes gaan lê. Haar toestand het vererger en

pollakisurie met disurie en aanhoudende onderbuikpyn het baie sterk op die voorgrond getree.

Hartkloppings, duiseligheid as sy orent kom, en braking het later voorgekom.

Geskiedenis

Die *menstruasie* wat begin het op 15-jarige ouderdom was tot Desember 1957 altyd gereeld, 5/28 dae, met geen verksynsels van pyn of oormatige bloedverlies nie.

Afskeiding. 'n Wit vaginale afskeiding was baie jare lank teenwoordig en veral erg sedert die vorige bevalling. Geen intermenstruele bloeding is ooit bespeur nie.

Dispareunie. Geslagsgemeenskap gedurende die laaste 3 maande was pynlik.

Vorige swangerskap. Daar was een vorige swangerskap in 1955 wat normaal verloop het tot voltyd. Op 12 Oktober 1955 het baring spontaan begin met kontraksies en slymerige bloed-afskeding. Kraam wou egter nie vorder nie, en 'n geneesheer is na 18 uur op 13 Oktober ontbied. Hy het onder algemene narkose 'n stuit-uittrekking verrig. Meer spesifieke gegewens oor die verlossing kon nie verkry word nie.

Tydens die puerperium het die pasiënt 4 weke in die bed gebly, hoewel sy nie baie siek gevoel het nie. Vier maande na die bevalling was sy egter baie siek en was 2 maande bedlënd met erge buikpyn en 'n slegruikende etterige vaginale afskeiding waarvoor sy tuis behandel is met tablette en medisyne (blykbaar sulfonamied).

Ander siektes en operasies. Daar was geen geskiedenis van enige operasie of ander siekte nie. Na haar siekte in Februarie en Maart 1956 was sy volkome gesond.

Ondersoek

Die pasiënt was 'n goedgeboude Bantoe van normale vroulike habitus, sy was 5 voet 4 duim lank. Daar was tekens van skok en sy het blykbaar pyn verduur, sodat sy doodstil in een posisie bly lê het. Die polsspoed was 108 slae per minuut, die bloeddruk 110/70 mm.Hg, en die rooisel-besinking 10 mm. in die eerste uur. Die temperatuur was 99.6°F. 'n Katetermonster urine het geen afwyking getoon nie.

Die kop en nek, hart en longe en ledemate het klinies geen afwykinge gehad nie. Die borste was goed ontwikkel en 'n waterige afskeiding kon uit die tepels gedruk word.

Die buik was effe opgeset met geen beweging met asemhaling nie. Betasting het baie pyn veroorsaak en die loslatingsteken was positief. Spierspanning was teenwoordig en veral die onderbuik was plankhard. Met beklopping was die hele onderbuik dof terwyl slegs enkele dermklanke gehoor kon word.

Ginekologiese ondersoek het 'n normale gesonde vulva en introitus getoon. Uit die vagina het 'n geel bloederige afskeiding gekom. Die vagina was diep en met spekulum-ondersoek het die laterale wande na binne gepeul, sodat die serviks, wat betreklik hoog geplaas was, moeilik sigbaar was. Die serviks het 'n klein erosie getoon, maar geen skeure nie; die kleur was blou-pers, met 'n geringe bloederige afskeiding uit die eksterne os. Die serviks was sag en beweging daarvan was vry, maar uiters pynlik. Die uterus was nie tasbaar nie en die hele teer onderbuik het 'n vae weerstand gebied.

Punksie van die sak van Douglas het heelwat bloederige sereuse vog opgelewer sonder enige stolsels.

Diagnose voor die operasie. Die diagnose voor die operasie was ruptuur van 'n interstisiële swangerskap, en met hierdie diagnose is besluit om laparotomie uit te voer.

Bevindinge by Operasie

In die buikholte was daar heelwat bloederige sereuse vog. Die uterus was vergroot soos by 12-weke swangerskap met 'n normale fundus en corpus en normale buise en eierstokke. Albei breëbande was met bloed uitgeset en die peritoneale omslag tussen die blaas en uterus het blou uitgebult. In hierdie ekstraperitoneale hematoom kon fetale dele gevoel word en by insnyding is die fetus met die plasenta en vliese tussen die blaas en uterus verwyder waar dit los gelê het.

Die uterus het 'n sirkelvormige skeur deur die isthmus gehad en net posterior was die liggaam en serviks nog met 'n dun bandjie miometrium verbind. Deur die serviks vanuit die vagina op te druk, kon dit goed lokaliseer word, en met sondering van bo af was die servikale kanaal normaal en gesluit. Verdere ondersoek na tekens van trauma was negatief, beide vagina en portio was ongeskonde. Enige traumatiese oorsaak van die ruptuur kon dus uitgeskakel word.

Weens die uitgebreide hematoom in en om die weefsels, was hegting van die ruptuur nie moontlik nie en die uterus is subtotaal verwyder met behoud van die eierstokke en serviks.

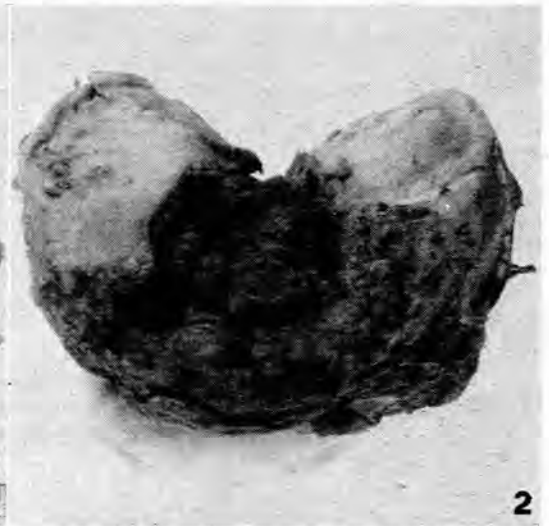
Met behulp van bloedoortapping, antibiotika, en later resorpsie-terapie met ultra-kortgolf bestraling, het die bekkenontsteking opgeklaar, die hematoom-infiltraat het verdwyn, en na 6 weke by kontrole-ondersoek was die pasiënt objektief en subjektief volkome herstel.

Operasiemonster (Afbs. 1 en 2)

Die fetus het geen ontwikkelingsanomalie getoon nie, die kruinhak-lengte was 12 cm., sodat die berekende ouderdom van 14 weke bevestig is. Die skeur in die uterus het vars voorgekom, die plasentabed was posterior geleë, en aan die uterus kon verder geen abnormaliteite gesien word nie.



Afb. 1. Die monster toon die geruptuurde uterus en fetus met plasenta.



Afb. 2. Die inferior aspek van die uterus na anterior kliewing. Die plasentabed is in die fundus en die geskeurde oppervlakte lê voor.

Mikroskopiese Ondersoek

Kleuring vir bindweefsel (van Gieson) kon geen ou littekenweefsel of bindweefsel-reaksie van die miometrium aantoon nie. Geen tekens van endometriële of chorioniese indringing in die miometrium is gevind nie.

Die patoloog (dr. W. J. Pepler) het verder soos volg gerapporteer:

1. *Uterus*. Die endometrium is bedek met fibrien en akute inflammatoriese eksudaat. Die kliere van die endometrium is van die plat swangerskapstipe en die stroma toon alleen deels 'n desiduele reaksie. Andersins is daar uitgesproke kapillêre angiëktasie en limfangiëktasie met gepaardgaande areas van bloeding in die stroma. Die arterioles toon uitgesproke endarteritis obliterans. Die mees uitstaande kenmerk is egter 'n uitgesproke infiltrasie met akute inflammatoriese selle en ook tot 'n mindere mate limfosiete en plasmassel.

Die beeld is dus dié van 'n subakute endometritis.

In die miometrium is daar 'n area van ruptuur met omringende interstisiële bloeding, dilatasie en stuwung van venae. Weereens is die mees uitgesproke verandering hier in die vorm van 'n subakute inflammatoriese sel-infiltraat in die interstisiële weefsel. Daar is ook endarteritiese veranderinge in die bloedvate van 'n tipe wat eerder verklaar sou kon word op die basis van taamlik langdurige ontsteking. Die spierselle self toon vroeë hialiene, eosinofiele, nekrotiese veranderinge in die gebied van die ontstekingshaarde en is waarskynlik 'n sekondêre verskynsel. In die subserosale gebied is die ontstekingsreaksie meer akute.

2. *Plasenta*. 'n Area van taamlike vroeë infarkisie is aanwesig. *Diagnose*. Primêre subakute endo- en miometritis met sekondêre uterusruptuur en plasentale infarkisie.

BESPREKING

Bakteriologiese studies is nie in dié geval uitgevoer nie. Met die duidelike vorige geskiedenis van bekkenontsteking lyk 'n opflikking tydens die swangerskapshyperemie egter baie waarskynlik. As gevolg van die endarteritis obliterans met 'n avaskulêre nekrose, was die miometrium so verzwak dat dit geruptuur het met die ritmiese kontraksies van die uterus.

Hierdie geval val in die klein groep van primêre of spontane uterusrupture waarvoor in meeste reekse geen

spesifieke oorsaak aangegee word nie.^{2,3,6-9} Of infeksie meer algemeen as oorsaak voorkom, kan nie gekonstateer word nie. Veral by die Bantoe, met 'n baie hoë insidensie van bekkeninfeksie, mag dit beslis die moeite loon om verder hierop in te gaan.

SUMMARY

A case of spontaneous rupture of a 14-week pregnant uterus is reported. The patient, a 23-year-old Bantu woman had had one previous pregnancy which was delivered at term by breech extraction. After delivery she developed a severe pelvic infection. She recovered from this and fell pregnant again.

A spontaneous, annular rupture of the uterus through the isthmic portion occurred at the fourteenth week of pregnancy. The corpus was almost completely detached from the cervix, the foetus and placenta lying in a haematoma between the bladder and the uterus. Sub-total hysterectomy was carried out.

The condition of subacute endometritis and myometritis is regarded as the primary cause of the rupture.

My dank aan Prof. F. G. Geldenhuys, Hoof van die Departement Obstetrie en Ginekologie, vir sy hulp en kritiek, en aan Dr. P. N. Swanepoel, Superintendent van die Algemene Hospitaal, Pretoria, vir verloop om die geval te publiseer. Dr. W. J. Pepler van die Departement Patologiese Anatomie word hartlik bedank vir die histologiese ondersoeke.

VERWYSINGS

1. Bandl, L. (1951): Aangehaal deur Beacham, W. D. en Beacham, D. W. *loc. cit.*²
2. Beacham, W. D. en Beacham, D. W. (1951): *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **61**, 824.
3. Theopphanides, C. (1957): *Gynaecologia* (Basel), **143**, 387.
4. Ellis, R. W. (1958): *Obstet. and Gynec.*, **11**, 89.
5. Gillman, J., Gilbert, C. en Gillman, T. (1947): *S. Afr. J. Med. Sci.*, **12**, 153.
6. Erving, H. W. (1957): *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **74**, 251.
7. Moir, J. (1950): *J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp.*, **57**, 539.
8. Stephens, D. E. (1957): *S. Afr. T. Geneesk.*, **31**, 937.
9. Lavery, D. W. P. (1955): *J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp.*, **62**, 454.