

Akut Gynekologisk Kirurgi

STEFHANIE ROMERO

SPECIALISTLÄKARE, ME GYNEKOLOGI OCH REPRODUKTIONSMEDICIN

MLA GYNAKUTEN

KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET, HUDDINGE

Varför relevant?

- ▶ Livshotande tillstånd utan gynekolog på huset
- ▶ När skicka remiss till gyn?
- ▶ Prioritera akut-op programmet
- ▶ Tillkallas på op
- ▶ Förstå komplikationer

Gynekologisk akut buk

- ▶ Missfall
- ▶ Ovarialcysta (paraovarialcysta, paratubarcysta)
 - ▶ Torsion
 - ▶ Ruptur
 - ▶ Blödning
 - ▶ Tryck
- ▶ Extrauterin graviditet (positivt grav.test!)
- ▶ Infektion
 - ▶ Salpingit
 - ▶ Tuboovarialabscess
 - ▶ Endometrit
- ▶ Endometrios
- ▶ Dysmenorré
- ▶ Myom
 - ▶ Nekros
 - ▶ Tryck
- ▶ Urinvägsinfektion
- ▶ Ägglossning - Mittelschmerz

Gynekologisk anamnes

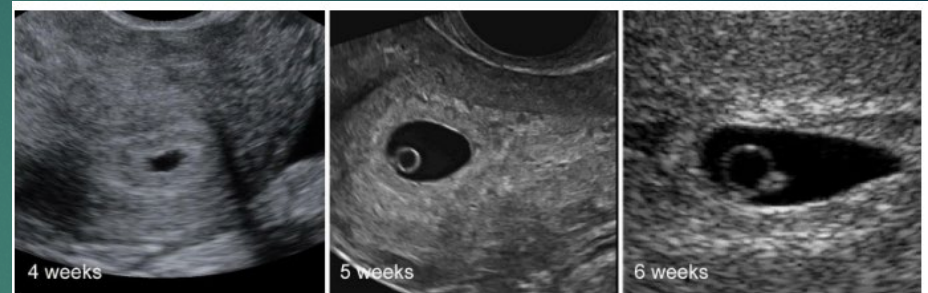
- ▶ Sista mens, regelbunden?
- ▶ Gravid?
- ▶ Preventivmedel?
- ▶ Ny sexuell kontakt?
- ▶ Operationer?
- ▶ Symptom:
 - ▶ Blödning – hur mycket?
 - ▶ Flytning (illaluktande?)
 - ▶ Feber
 - ▶ Smärta

Smärtanamnes Gyn

- ▶ Smärtdebut
 - ▶ Plötslig
 - ▶ Ovarialtorsion (intervallsmärta)
 - ▶ Cystruptur (går över sakta)
 - ▶ Utomkvedshavandeskap (rupturerat)
 - ▶ Mittelschmerz
 - ▶ Smygande
 - ▶ Missfall
 - ▶ Infektion
 - ▶ Utomkvedshavandeskap
 - ▶ Endometrios
 - ▶ Tryck av större cysta el myom
 - ▶ Myomnekros

Undersökning

- ▶ Buk-palpation
- ▶ Abdominellt UL
 - ▶ Intrauterin graviditet?
 - ▶ Fri vätska?
- ▶ Bimanuell palpation
 - ▶ Kan göras på brits
 - ▶ PR endast vb, ex virgo
- ▶ Spekulumundersökning
 - ▶ Flytning
 - ▶ Blödning
 - ▶ Klamydia & gonorré test
- ▶ Vaginalt UL



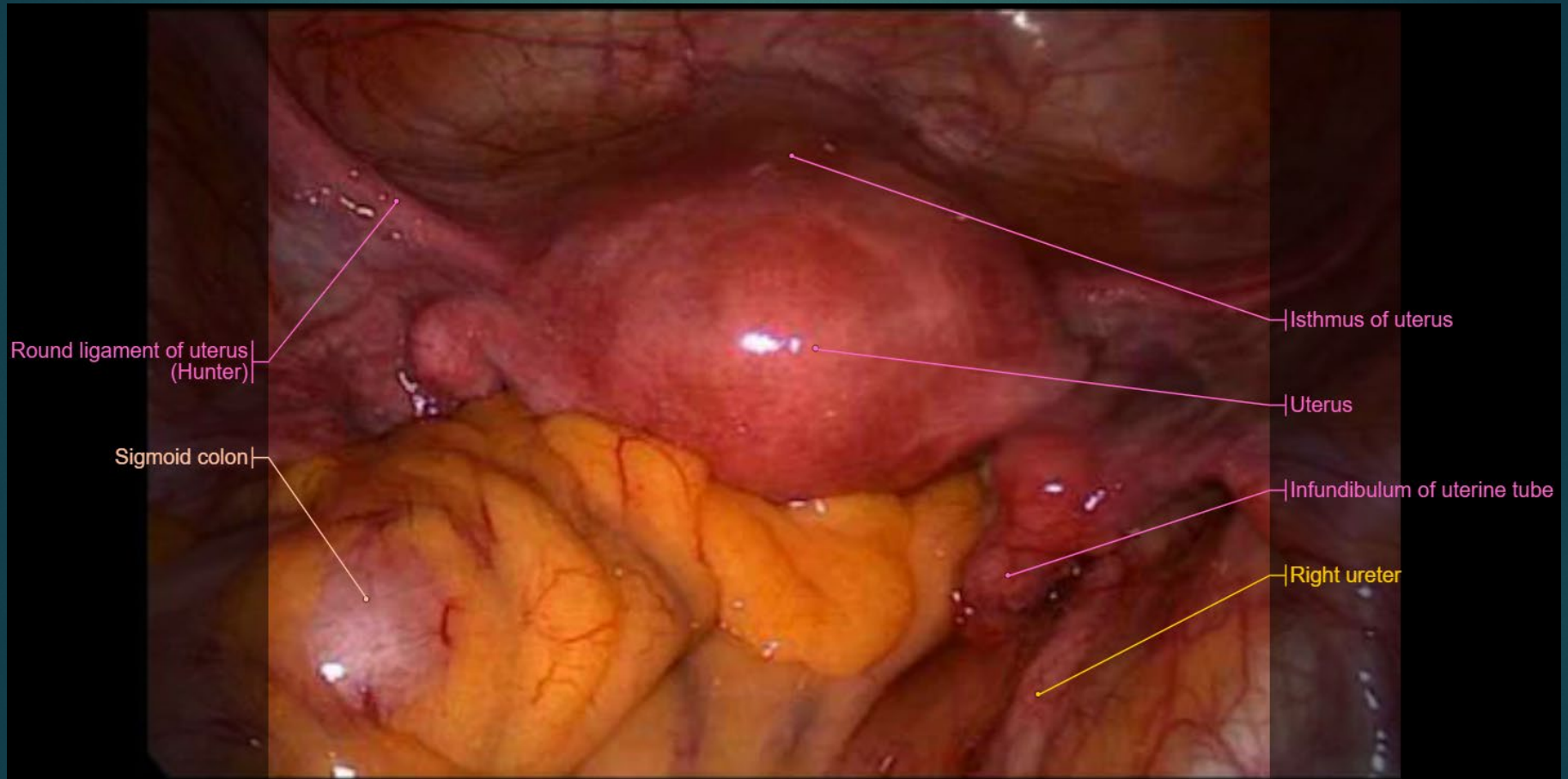
Utredning

- ▶ Urin
 - ▶ Sticka
 - ▶ Graviditetstest
 - ▶ Klamydia + gonorré (samma)
- ▶ Lab: CRP, LPK, Hb

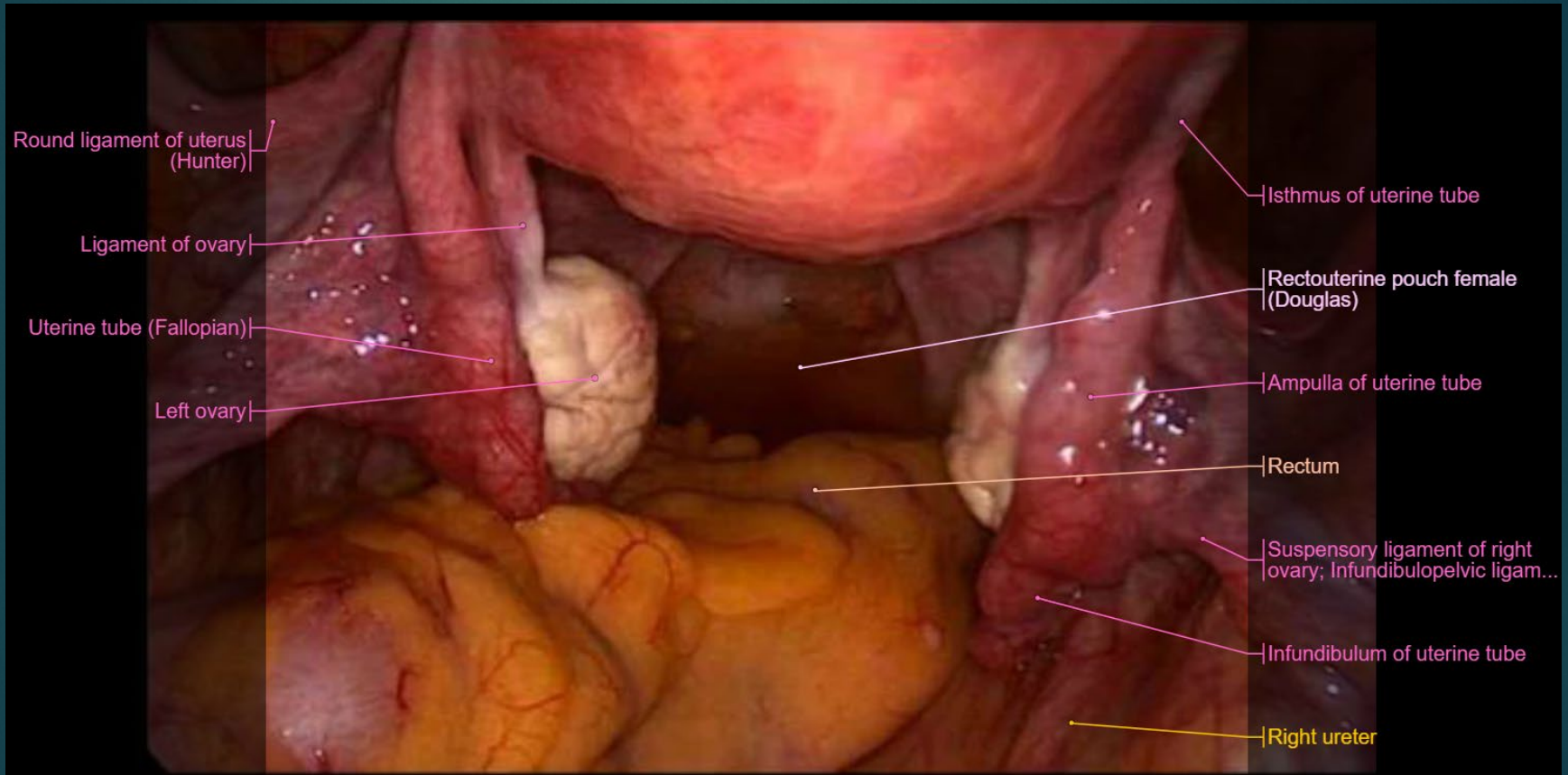
Graviditetstest



Gynekologisk anatomi



Gynekologisk anatomi



Missfall

Anamnes

- ▶ Vanligast <12gv
- ▶ Smygande, lågt sittande buksmärta
 - ▶ Krampliknande
 - ▶ Kan vara i flera dagar
 - ▶ +/- blödning

Utredning

- ▶ Graviditetstest
- ▶ Ultraljud
- ▶ Hb

Behandling

- ▶ Smärtlindring
- ▶ Stabilisera
 - ▶ Vätska
 - ▶ Cyklokapron
- ▶ Cytotec om rester kvar, annars avvakta
- ▶ Akut exeres om riklig blödning

Fall 1

Anamnes

- ▶ 35 år, 2 barn, koppaspiral
- ▶ Plötslig debut låg buksmärta, VAS 8
- ▶ Liten vaginal blödning 7 dagar sedan. Senaste menstruation 5v sedan

Status

- ▶ BT: 120/70, Puls: 93, AF: 19
- ▶ Buk: kraftigt ömmande i höger fossa, släppöm, ingen peritonitstatus
- ▶ Vaginalus: spiraltrådar ses, ingen blödning
- ▶ Bimanuell us: rucköm, kan ej palpera uterus pga svår smärta
- ▶ Vaginalt UL: uterus med förtjockad slemhinna, kopparspiral på plats
Hö adnex: 6x4cm koagel? + 18mm rundad struktur
5cm vätskespalt kring adnexet. Vä ovarium ua
Fri vätska i FD med koagler, vätska bakom hela uterus samt i fossa vesicouterina

Fall 1

Lab

- ▶ Hb: 100
- ▶ Positivt gravtest på gynaekten, S-hCG 1460

Handläggning

- ▶ Akut skopi inom 2h (stabil patient)
- ▶ 1L blod i buken, blöder aktivt från hö ovarium, svullen hö tuba
- ▶ Graviditet på ovariet? Eller i tuba? Gravvävnad avlägsnas, hemostas, hö-sidig salpingektomi
- ▶ PAD: gravvävnad i tuba samt i fritt insänt material. S-hCG 1v senare 61

Extrauterin graviditet

Anamnes

- ▶ Utebliven menstruation, småblödningar
- ▶ Ofta buksmärta, ena sidan

Utredning

- ▶ Ultraljud:
 - ▶ Ingen intrauterin graviditet
 - ▶ Adnexförändring – doughnutsign
 - ▶ Blod/koagel i FD, kring adnex
- ▶ Positivt graviditetstest
- ▶ Blodstatus, serum-hCG

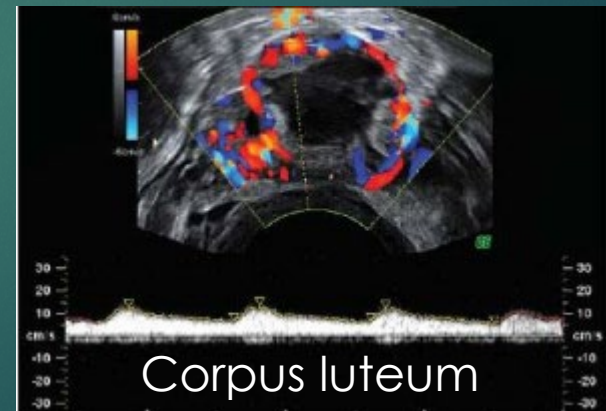
Diagnos

- ▶ Positivt gravtest, ingen intrauterin graviditet

Obs Heterotop graviditet och Corpus luteum!



Differential diagnoser



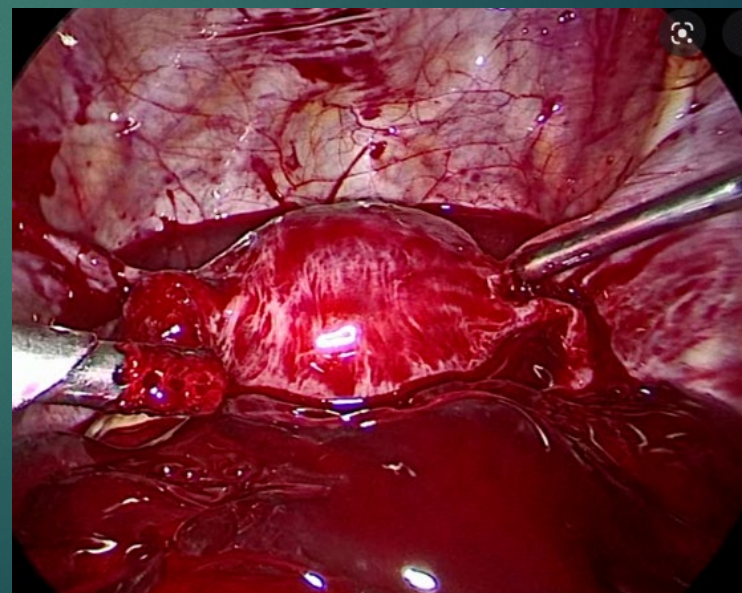
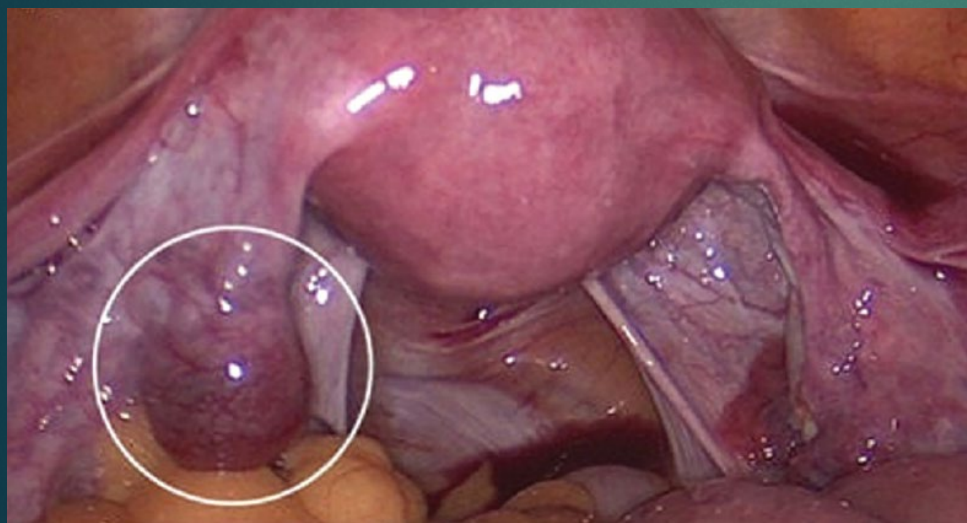
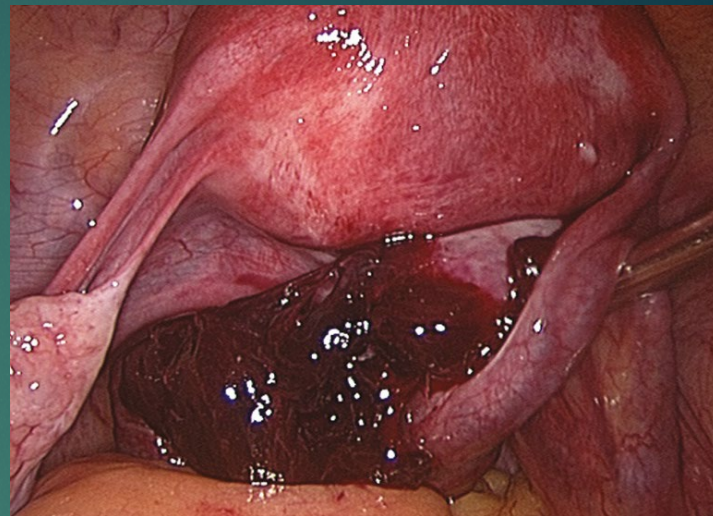
Extrauterin graviditet - handläggning

- ▶ **Expektans:** kliniska kontroller, s-hCG följs till 0
 - ▶ Opåverkad patient
 - ▶ Inget blod i buken
 - ▶ Lågt/sjunkande s-hcg
- ▶ **Metotrexat:** en dos IM, kliniska kontroller, s-hcg följs till 0
 - ▶ Lågt värde av graviditetshormon (<5000IU)
 - ▶ Inget blod i buken, obetydligt bukstatus
 - ▶ Cirkulatoriskt stabil patient
- **Kirurgi:** salpinguektomi (salpingotomi)
 - ▶ Blod i buken
 - ▶ Levande X
 - ▶ Tubargravidiet/hematom >4cm
 - ▶ Instabil patient
 - ▶ s-hcg >5000IU

Extrauterin graviditet - utan gynekolog

- ▶ Titta med UL på magen / hjälp från röntgen
 - ▶ Intrauterin graviditet? Fri vätska i buken?
- ▶ Stabilisera pat & förbered för kirurgi
 - ▶ Infarter
 - ▶ Vätska / blod / Cyklokapron
- ▶ Laparoskopi/laparotomi – salpinguektomi
- ▶ Lokalisation av X:
 - ▶ Äggledare 95 %,
 - ▶ Ovariet 2%
 - ▶ Abdomen 1 %
 - ▶ Interstitiellt i uterus 2%

Extrauterin graviditet



Ovarialcystor

- ▶ Funktionella
- ▶ Fibrom
- ▶ Abcess
- ▶ Teratom / dermoid / tvillingscysta
- ▶ Endometriom
- ▶ Borderline
- ▶ Malignitet

Ovarialcystor

- ▶ Funktionella cystor (corpus luteum, follikelcysta)
 - ▶ Förekommer bara hos menstruerande kvinnor
 - ▶ Hormonella förändringar under menstruationscykeln
 - ▶ Kan bli stora och rupturera
 - ▶ Fri vätska i bukhålan
 - ▶ Blödning inuti cystan (blod i bukhålan)
 - ▶ Torsionsrisk, ökar vid storlek > 5 cm
 - ▶ Vanligt bifynd hos menstruerande kvinnor på DT
- ▶ Vid fynd av komplex cysta på ovariet vid DT alt ultraljud rek uppföljning hos gynekolog

Funktionell cysta
< 5 cm hos
menstruerande
kvinna kräver
ingen åtgärd eller
uppföljning

Fall 2

Anamnes

- ▶ Frisk, 42år, 2 barn, eventuell graviditetsönskan, 0 buk-op
- ▶ Plötsligt isättande morfinkrävande hö-sidig buksmärta, kräkning, minskad aptit

Status

- ▶ Temp 37,5
- ▶ Lab: Hb 98, CRP 5, LPK 7
- ▶ DT-buk: förändring i hö fossa – app? + en 7 cm ovarialcysta i fossa vesicouterina

Fall 2

Handläggning

- ▶ Appmistanke på akuten, men
- ▶ Gynkonsult pga cysta
 - ▶ Riklig flytning
 - ▶ Kopparspiral sedan 10 år
 - ▶ Vaginalt UL: 7 cm enkelrummig cysta i fossa vesicouterina, "korvliknande" struktur i hö-fossa
 - ▶ Proböm över strukturen till hö, ej över cystan
 - ▶ Odlingar tagna, spiral dragen
- ▶ Åter till kirurgen

Vidare utredning

- ▶ DT tilläggsvar: förändringen i hö fossa - tuboovarialabscess?
- ▶ Ny gynkonsult, pat nu nästintill smärtfri
 - ▶ Tuboovarialabscess? Beh med antibiotika po och snar ny klinisk kontroll. Går hem

Fall 2

Dag 2

- ▶ Kommer igen med ambulans, morfinkrävande intervallsmärta i hö fossa
- ▶ Lab: Hb 98 → 80, CRP 7, LPK 11, Temp 37,7

Handläggning

- ▶ Kan ej utesluta torsion
- ▶ Diagnostisk laparoskopi: nekrotisk hö adnex
- ▶ Hö-sidig SOE

Ovarialtorsion

Anamnes

- ▶ Smärta
 - ▶ Plötslig
 - ▶ Morfinkrävande
 - ▶ Intervallkaraktär / konstant
 - ▶ Klingar av efter nekros
- ▶ Nedsatt aptit, kräkningar
- ▶ Ibland svimmat
- ▶ Viktigt med graviditetsanamnes + fertilitetsönskan

Ovarialtorsion

Status

- ▶ Temp, kan stiga efter >24h – nekros
- ▶ Lokal eller generaliserad peritonit
- ▶ Ultraljud: ovarialcysta
 - ▶ Nästan uteslutande vid cysta > 5cm / förstorat adnex
 - ▶ Sällan hos endometriosis (pga adherenser)

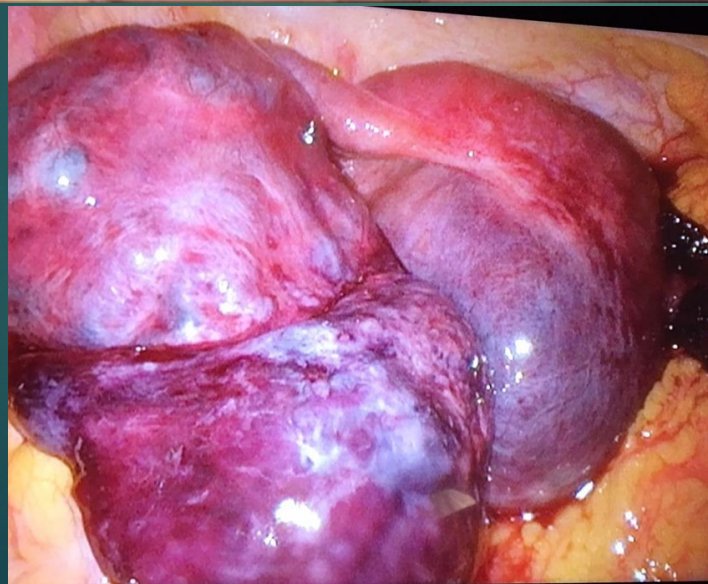
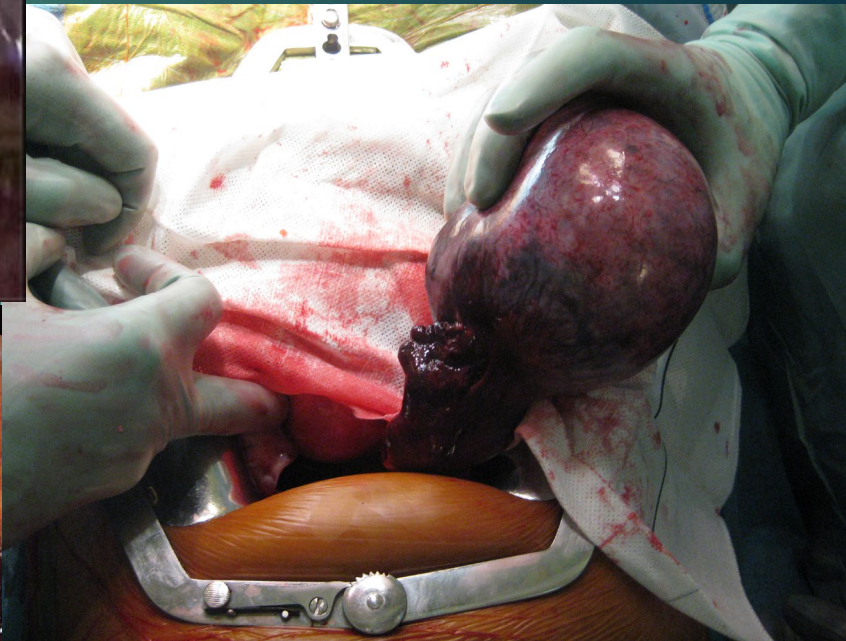
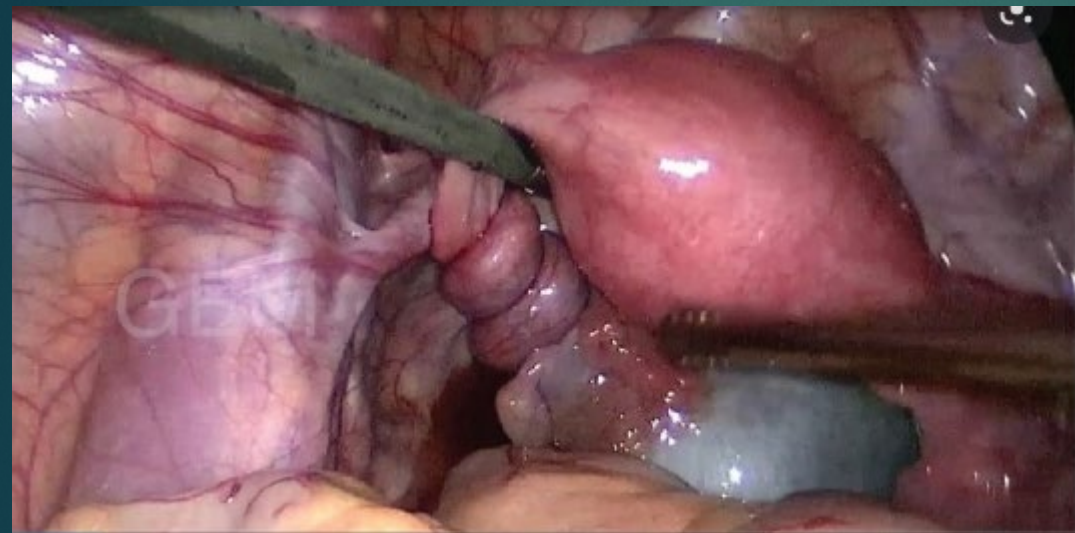
Lab

- ▶ Normalt initialt
- ▶ Stigande CRP vid nekros
- ▶ Ibland sjunkande Hb

Handläggning

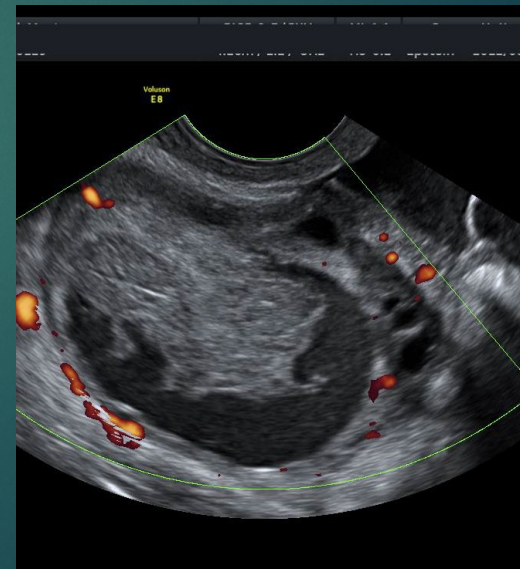
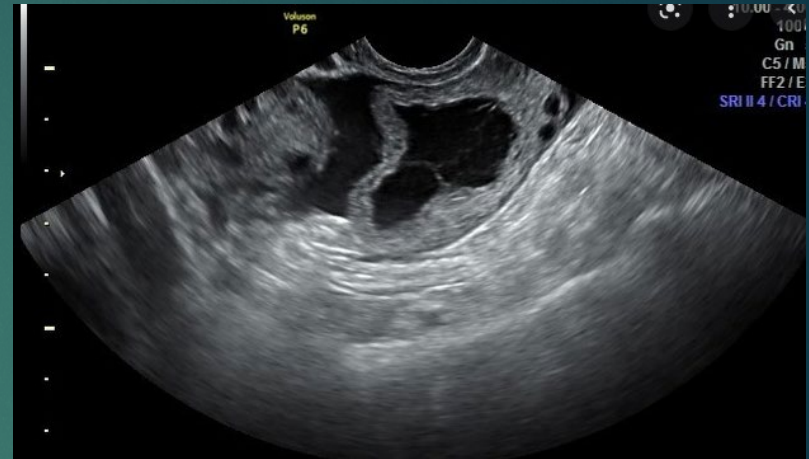
- ▶ Laparoskopisk detorkivering – vänta och se om ovariet återfår fin färg
- ▶ Försök undvika SOE
- ▶ Cystenukleation

Ovarian torsion



Cystruptur

- ▶ Smärta
 - ▶ Plötslig debut
 - ▶ Diffus lokalisation
 - ▶ Värre första 1-2h
 - ▶ Lokal peritonitstatus
- ▶ UL för diagnos:
 - ▶ Ovarialcysta (ofta sammanfallen)
 - ▶ Fri vätska kring ovariet, ibland blod
- ▶ Om hemorragisk corpus luteum:
 - ▶ Blödning in i cystan + fri bukhåla
 - ▶ 7-10 dagar efter ägglossning



Cystruptur

- ▶ Lab: ibland sjunkande Hb
- ▶ Handläggning
 - ▶ Smärtlindring (Paracetamol + NSAID)
 - ▶ Följa Hb om blödande corpus luteum
 - ▶ Expektans, hemma om cirkulatoriskt stabil
 - ▶ Smärta i 1-2 dagar, avklingande

Infektion

Anamnes

- ▶ Smygande debut av buksmärta
 - ▶ Ofta generellt i bukens nedre del
 - ▶ RUQ – Fitz-Hugh-Curtis Syndrome
- ▶ Flytningar, mellanblödningar
- ▶ +/- Feber
- ▶ Sexualanamnes
- ▶ Preventivmedel, spiral?
- ▶ Tidigare STI

Infektion

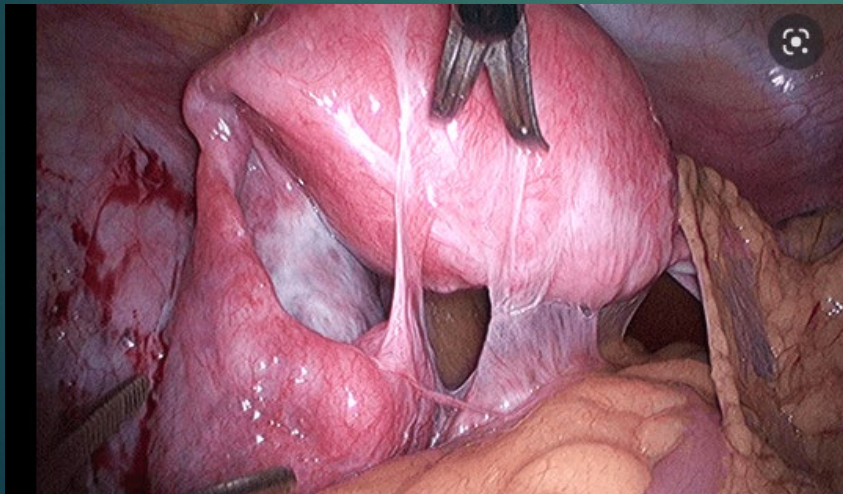
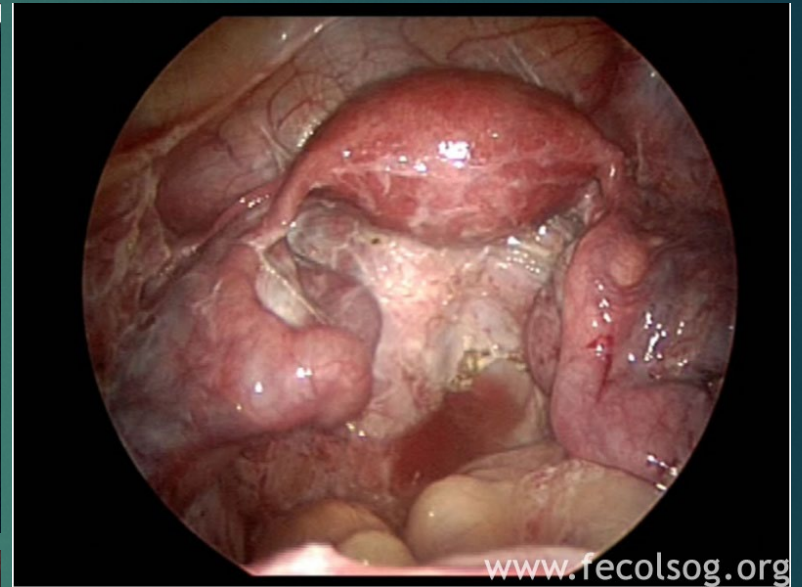
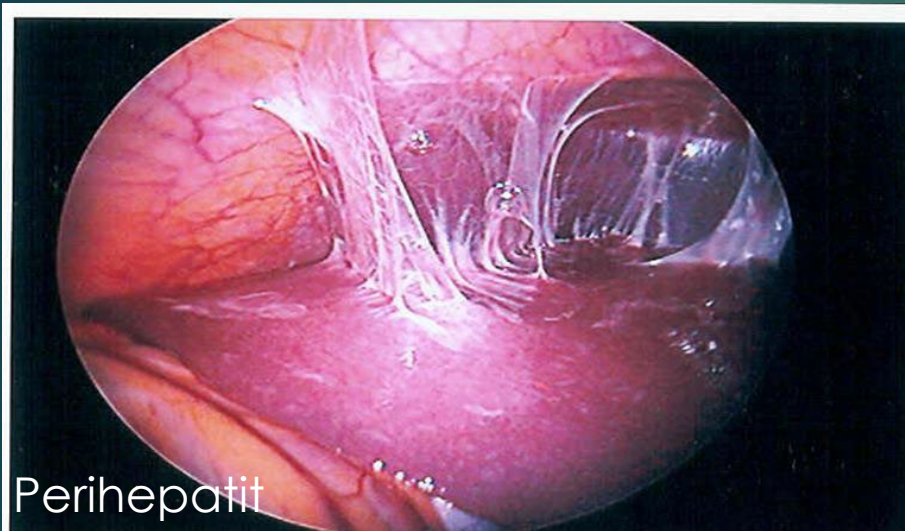
Status

- ▶ Liknar ofta appendicit
- ▶ Subfebril
- ▶ Hemodynamiskt stabil
- ▶ Lokaliserad peritonit
- ▶ Gynus: avvikande fluor (gulgrön, varig, blodblandad, illaluktande). Portio kan vara röd och inflammerad (cervicit)
- ▶ Ruckömhet av portio vid bimanuell palpation

Infektion

- ▶ Utredning
 - ▶ Urinprov: klamydia och gonorré PCR (+/- cx prov)
 - ▶ Odling flytning: baktodling, klamydia+gonorré, (TBC, ureaplasma, mycoplasma,) etc
 - ▶ Mikroskopi flytning (kocker, parasiter, cándida)
 - ▶ CRP, LPK
- ▶ Behandling
 - ▶ Riktad antibiotika
 - ▶ Abcess
 - ▶ Antibiotika
 - ▶ Drän (UL via röntgen)
 - ▶ Kirurgi
- ▶ Klamydia och gonorré är anmälningspliktiga infektioner

Pelvic inflammatory disease



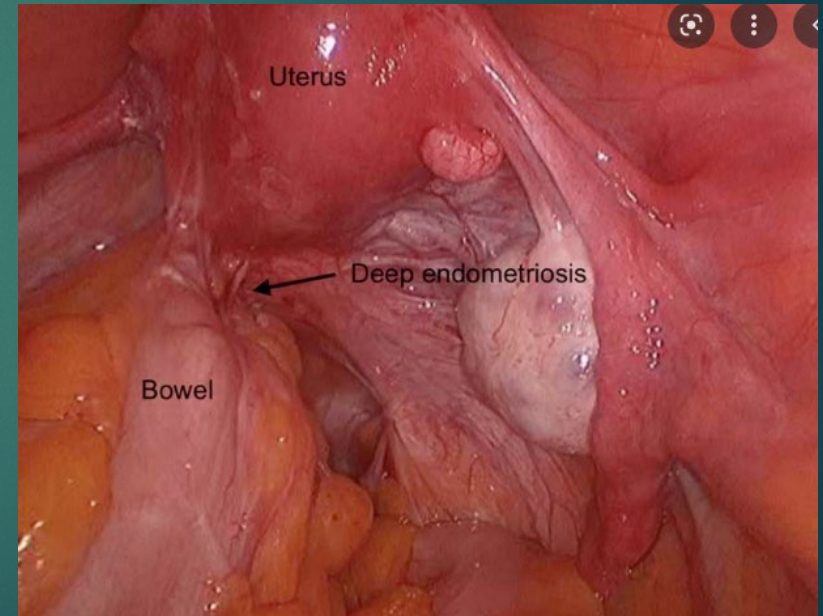
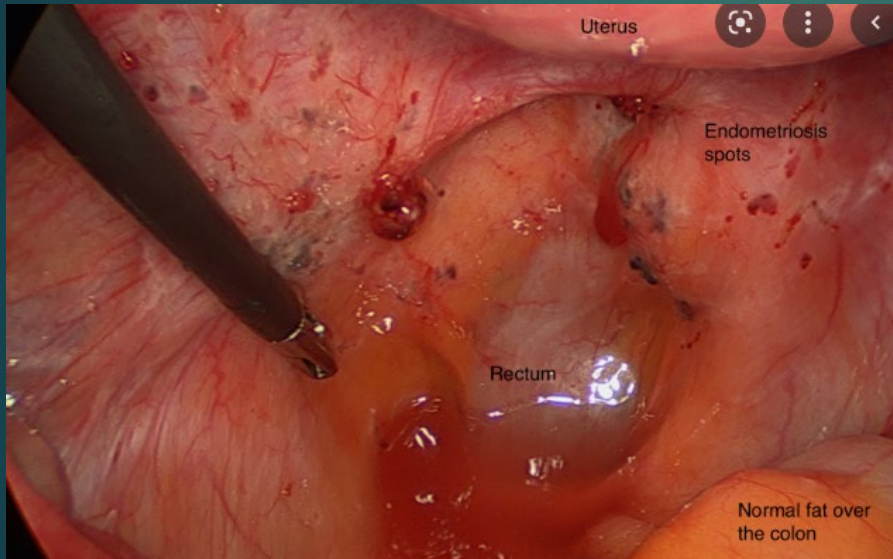
Endometriosis

- ▶ Kroniskt smärttillstånd
 - ▶ Endometievävnad utanför uterus
- ▶ Förvärrad smärta i skov
 - ▶ Vid menstruation / ovulation
 - ▶ Bukens nedre del
 - ▶ Dyspareuni, dysuri, smärta + blod vid avföring
 - ▶ Pat brukar "känna igen" sin smärta
- ▶ Viktigt att utesluta andra orsaker till akut buk
 - ▶ Salpingit, app, etc
- ▶ Ofta samsjuklighet
 - ▶ IBS
 - ▶ Psykiatrisk anamnes

Endometriosis - acute management

- ▶ Pain relief
 - ▶ Ineffective as needed
 - ▶ Avoid all intravenous treatment
 - ▶ Paracetamol, NSAID (ex Toradol 30mg im), spasmolytic
 - ▶ TENS, heat
 - ▶ Single Oxynorm ok
- ▶ Avoid acute operation
- ▶ Long-term goals with hormonal treatment:
 - ▶ Bleeding freedom
 - ▶ Pain relief
 - ▶ Requires a multidisciplinary team

Endometriosis



Sammanfattning diff.diagnoser

	Blödning	Smärta	Feber	CRP	Hb	Urin hcg
Missfall	+++	+++	nej	<3	påverkad	pos
Cystruptur	----	+++	nej	<3	påverkad	neg
Myom nekros	+/-	++(+)	Nej/ja	30-50	normalt	neg
Torsion	----	++++	Nej/ja	20-50	normalt	neg
X	++	++ (+)	nej	<3	påverkad	pos
Infektion	+	+(+)	ja	> 100	normalt	neg
Endometriosis	+/-	++	nej	50-100	normalt	neg

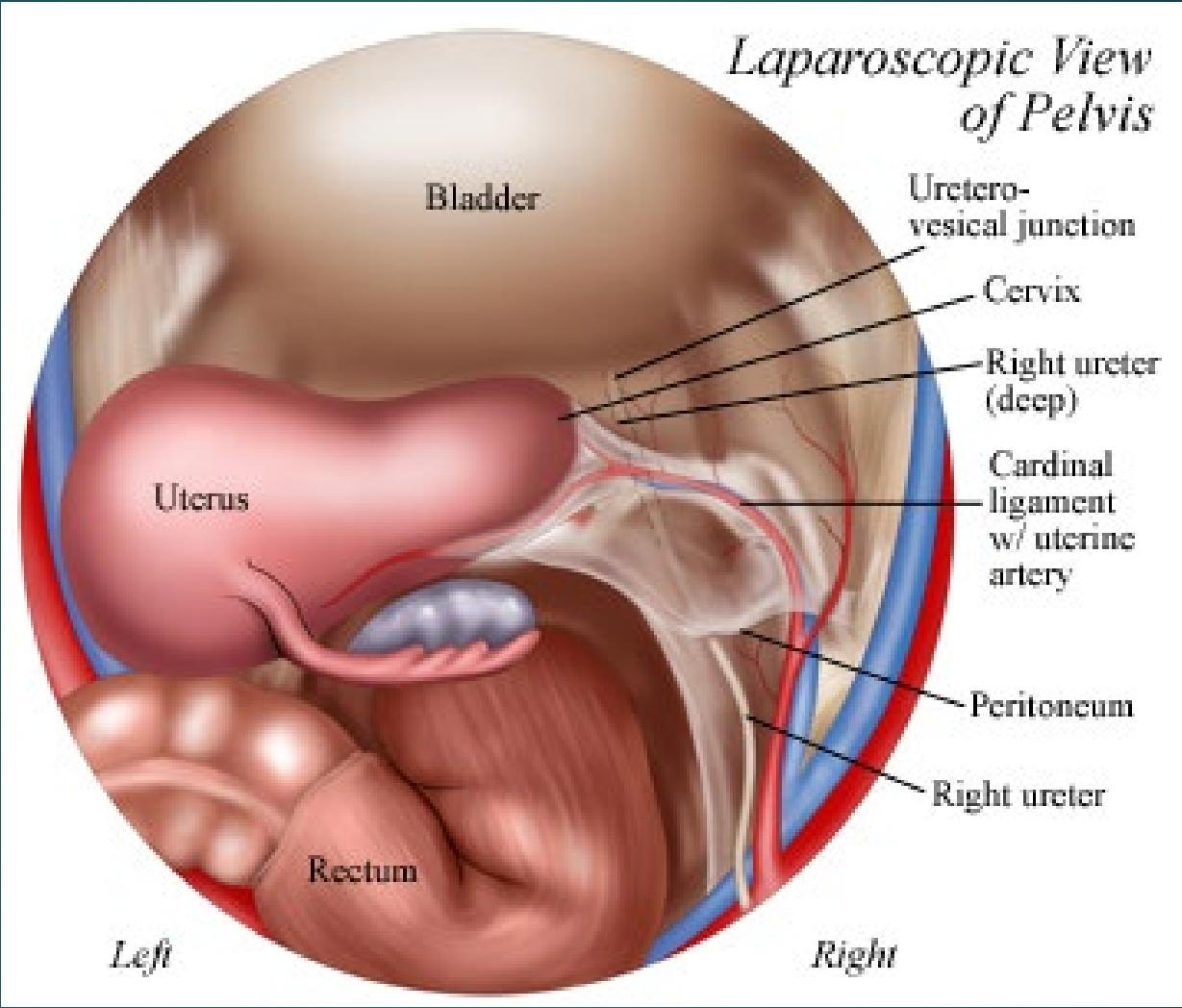
Gyn laparoskopi

- ▶ Trendelenburgläge
- ▶ Lyft upp uterus i rotundaligamenten
- ▶ Vätska/blod i FD
- ▶ Cystor på ovarierna
- ▶ Tubor (rodnade, vätskefyllda)
- ▶ Adherenser
- ▶ Förändringar i peritoneum
 - ▶ Genomskinliga blåsor i peritoneum – färsk endometriosis
 - ▶ Hemosiderininlagringar – gammal endometriosis

Typiska komplikationer

- ▶ Uretärskada
- ▶ Blåsskada
- ▶ Tarmskada
- ▶ Vaginaltoppshematom (efter hysterektomi)
- ▶ Vaginaltoppsruptur (efter hysterektomi)
- ▶ Blödning, infektion
- ▶ Bråck

*Laparoscopic View
of Pelvis*



An anatomical diagram of a horse's head and neck, showing the larynx and pharynx. The diagram is rendered in a dark red color scheme. The larynx is located in the upper neck, and the pharynx is located in the lower neck. The diagram shows the internal structures of the respiratory and digestive tracts. The word "Tack!" is written in white text in the lower-left quadrant of the image.

Tack!