# 

# Akut buk hos gravida före graviditetsvecka 22+0

Det är vanligt med buksmärtor under graviditet. Orsaker kan vara allt från ” vanlig växtvärk” till en akut bukåkomma som kan komma att kräva kirurgisk intervention. Buksmärta hos den gravida kan vara svår-bedömda. Dels på grund av fysiologiska förändringar under graviditet så som leukocytos, anemi, takykardi, ökad andningsfrekvens samt frånvaro av lokal peritonit. Dessutom kan symtom vid gastrointestinala sjukdomar misstolkas som graviditetsrelaterade (illamående, kräkningar, sura uppstötningar, buksmärta). Ofta är ett nära samarbete mellan gynekolog/obstetriker och kirurg nödvändig.

**Vanliga orsaker**

Nedanstående lista utgör ett urval av de vanliga orsakerna till att gravida söker vård för buksmärta. Akuta obstetriska orsaker så som preeklampsi/HELLP, uterusruptur eller ablatio är ovanliga före graviditetsvecka 22.

|  |  |
| --- | --- |
| Gynekologiska/Graviditetsrelaterade | Icke gynekologiska |
| Extrauterin/Heterotop | Appendicit |
| Ovarialtorsion | UVI/Cystit |
| Cystruptur | Pyelonefrit |
| Missfall | Njursten och Hydronefros |
| Myomnekros | Gallsten eller Cholecystit |
| ”Växtvärk” | Pankreatit |
| Sammandragningar | Obstipation |
| Symfyseolys | Navelbråck |
|  | Ileus |
|  | Bäckenvenstrombos |

**Gynekologiska/Graviditetsrelaterade orsaker:**

*Extrauterin graviditet*

Hos alla gravida som söker för blödning och/eller buksmärta ska X misstänkas ifall inte graviditet återfinns i livmoderhålan. Se separat PM.

*Ovarialcystor – ruptur, blödning, torsion*

Under första trimestern finns hormon-producerande corpus luteum i åtminstone ena äggstocken. Den fyller en viktig funktion till dess att placenta är fullt utvecklad. Andra vanliga cystor under graviditet är dermoid, cystadenom, funktionella cystor och endometriom. Ovarialcancer förekommer men är ovanligt. Cystor kan orsaka smärta på grund av sin tyngd, torsion eller på grund av blödning och/eller ruptur. Det finns tyvärr flera fall beskrivna av "missad" ovarialtorsion under graviditet varför kraftiga intervallsmärtor i kombination med ovarialcysta > 5 cm ska föra tankarna till torsion.

*Missfall*

Kan ge smärtor i nedre delen av buken och bak mot ryggen. Vid hotande eller pågående missfall >v12 kan inläggning vara aktuellt. Se separat PM.

*Myomnekros*

Myom är vanligt förekommande, nästan hälften av alla med livmoder utvecklar någon gång myom. Myomnekros sker oftare när myomet eller uterus ökar snabbt i storlek så som vid graviditet, sannolikt på grund av att kärlförsörjningen påverkas. Symtomen är smärtor över uterus/myomet och sjukdomskänsla. Den aseptiska inflammation som följer kan ge feber och förhöjt CRP. Det finns ingen specifik behandling men om kvinnan har påverkat allmäntillstånd kan inläggning vara aktuellt. Myomnekros ökar sannolikt inte risken för missfall.

*Växtvärk, Symfyseolys och Sammandragningar*

Under graviditet kan den växande uterus orsaka smärta, sannolikt främst genom att dra i och trycka på ligament och omkringliggande strukturer – så kallad ”växtvärk”. Symfyseolys är vanligare under senare del av graviditet men kan förekomma redan i första trimesterna. Orsaken tros vara hormonell och biokemisk påverkan på bäckenets ligament. Även sammandragningar är vanligare i senare del av graviditeten men kan förekomma tidigt. Regelbundna och smärtsamma sammandragningar kan vara ett tecken på missfall. Men vid en opåverkad cervix är detta osannolikt.

**Icke gynekologiska orsaker**

*Appendicit*

Kan ge annorlunda symtom eller statusfynd hos den gravida. Peritonit med défense är mindre vanligt. När livmodern växer kan blindtarmen skjutas uppåt och ge smärtor högre upp i buken. Perforation är vanligare hos gravida, sannolikt delvis pga diagnostiska svårigheter samt ett mer konservativt förhållningssätt som fördröjer behandlingen. Perforerad appendicit medför missfallsrisk på 15–40%. Appendektomi (både laparoskopisk och öppen) utförd på rätt indikation och med rätt teknik har en låg risk för missfall.

*Cystit, Pyelonefrit, Njursten och Hydronefros*

Ca 1% av gravida drabbas av cystit och 1-2% drabbas av pyelonefrit under graviditet. Gravida kvinnor med feber och samtidig misstanke om UVI eller pyelonefrit är nästan alltid inläggningsfall. Initial antibiotikabehandling ges på intravenöst. Asymtomatisk bakteriuri ska behandlas hos gravida kvinnor (undantaget GBS som inte alltid behandlas). Kontrollodling 1-2 veckor efter avslutad behandling.

I 3:e trimestern har 70-90% av alla gravida hydronefros. Orsaken är vanligtvis mekanisk kompression av uretären, vanligare på höger sida. Även njursten är vanligare under graviditet. Hydronefros ökar risken för pyelonefrit. De flesta har inte symtom. Vid uttalad hydronefros eller mycket besvär kan avlastande nefrostomi vara aktuellt.

*Gallsten, Cholecystit och Pankreatit*

Risken för gallstenssjukdom är ökad under graviditet. Östrogen ökar utsöndringen av kolesterol och progesteron minskar utsöndringen av gallsyror och hämmar även tömning av gallblåsan. Både stenar och sludge kan tillbakabildas efter graviditeten. En stor andel av kvinnor som får gallstensanfall under graviditet riskerar att få återfall under graviditeten (92% av de som får symtom i 1:a trimestern). Komplikationer så som cholecystit och pankreatit medför ökad risk för prematurbörd (ca 20%) eller missfall (10-60%) beroende på svårighetsgrad. Båda tillstånden behandlas på samma sätt som hos icke-gravid i samråd mellan kirurg och gynekolog/obstetriker.

Det finns inte tillräckligt med evidens för att förorda varken aktiv handläggning eller exspektans. Det är dock ovanligt med missfall eller prematurbörd vid laparoskopisk cholecystektomi vid okomplicerad gallstenssjukdom i 2:a trimestern.

*Obstipation, Navelbråck, Ileus*

Obstipation är vanligt under graviditet. Hormonell påverkan på tarmen, mekaniskt tryck av den växande uterus och intag av järntabletter kan bidra. Laxantia och bulkmedel går bra att ta även under graviditet. Ileus är ovanligt under graviditet men hos de kvinnor som söker med buksmärta, kräkningar och upphävd gasavgång ska diagnosen alltid misstänkas. En särskild riskgrupp är kvinnor som genomgått gastric by-pass där inre herniering kan uppstå. Vid stark misstanke om ileus ska kvinnan prioriteras och DT ska inte fördröjas på grund av graviditeten. Navelbråck är vanligt under graviditet och kan gå tillbaka efter graviditeten. Det kräver sällan intervension under graviditet. Undantag är dock inklämt navelbråck som kan orsaka ileus och tarmischemi. Här bör bråcket så snabbt som möjligt reponeras.

*Tidigare genomgången överviktskirurgi*

En riskgrupp är kvinnor som genomgått bariatrisk kirurgi. De har en klart ökad risk att genomgå akut bukkirurgi under graviditet. Dels för direkta komplikationer som inre bråck men sannolikt även för andra åkommor så som appendicit. Slitsherniering/inre bråck efter gastric by-pass kan vara livshotande under graviditet med 2 % maternell mortalitet och 17 % fetal mortalitet. Denna grupp kvinnor utgör ett extra observandum när de söker med akuta buksmärtor och ska hanteras tvärprofessionellt med kirurg och gynekolog/obstetriker.

**Handläggning**

Inläggning på respektive klinik, t.ex kirurgen vid appendicit – dock optimalt med bra samarbete med gynekolog.

Antibiotikabehandling ges på sedvanlig indikation och med samma dosering. Kontrollera på [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se) samt separat PM för val av antibiotika.

Smärtstilla med paracetamol och t.ex. värmekudde.

NSAID rekommenderas inte för regelbunden användning under graviditet men enstaka doser kan ges.

Opioider kan ges under graviditet men rekommenderas inte för långtidsbruk.

**Referenser**

Akut kirurgi, Behandlingsprogram 2017 för Stockholms läns landsting

Andrea Stuart Karin Källen, Risk of Abdominal Surgery in Pregnancy Among Women Who Have Undergone Bariatric Surgery. Obstetrics and gynecology., 2017, Vol.129(5), p.887–895

Pearl et al. (2017) Guidlines for the Use of Laporoscopy during Pregnancy. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons.

[www.infpreg.se](http://www.infpreg.se)

[www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se)

**Versionshistorik**

Varje dokument bör innehålla en historik som för varje version talar om vad som ändrats, vem som gjort ändringen och när ändringen gjordes.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Version** | **Datum** | **Förändring och kommentar** | **Ansvarig** |
| 2 | 2020-12-10 | Förlängd utan revidering | Ronak Perot |
| 1 | 2019-01-30 | Ny rutin | Tekla Lind |