

## Kasuistik

# Blødende hjørnegraviditet hos kvinde med tidligere samsidig salpingektomi

Signe Grønberg Thomsen<sup>1</sup>, Carsten Lindberg Fagö-Olsen<sup>2</sup>, Sofie Leisby Antonsen<sup>2</sup> & Caroline Pehrson<sup>1</sup>

1) Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Slagelse Sygehus, 2) Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Rigshospitalet

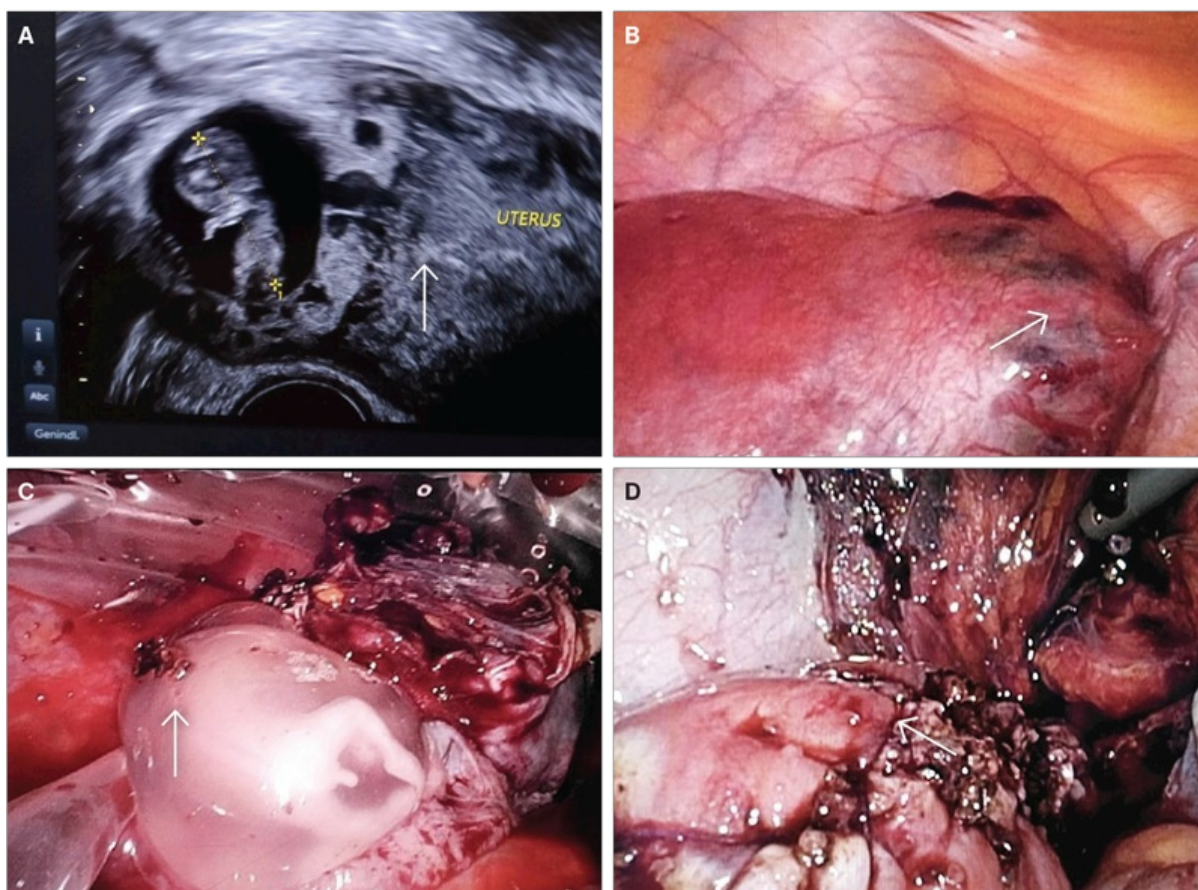
Ugeskr Læger 2025;187:V08240518. doi: 10.61409/V08240518

Hjørnegraviditet udgør 2-4% af alle ektopiske graviditeter [1, 2]. Kvinder, der er blevet gravide ved fertilitetsbehandling, samt kvinder med tidligere salpingektomi, underlivsinfektion, ektopisk graviditet eller uterin anomali er i øget risiko [2, 3]. Hjørnegraviditet kan upåagtet udvikle sig til andet trimester, hvor den ved ruptur kan forårsage livstruende blødning. I Danmark opdages tilstanden dog oftest i første trimester grundet symptomer eller ved ultralydskanning. Den estimerede mortalitetsrate er opgjort til 2-2,5% [1-3]. Førhen blev diagnosen stillet ved operation, men nu kan ultrasoniske fund, såsom fravær af intrakavitær gestationssæk, tilstedeværelsen af »interstitial line« (en ekkogen linje fra det superolaterale endometrium til centrum af gestationssækken) og »myometrial mantle« (en gestationssæk med lejrning uden for uterinkaviteten med < 5 mm omgivende myometrium), styrke mistanken om hjørnegraviditet [2, 3].

### Sygehistorie

En 30-årig kvinde blev set akut i gynækologisk regi pga. nedre mavesmerter. Hun havde menostasi svarende til tiende gestationsuge og var ikke skannet i graviditeten. I 2014 havde hun fået foretaget højresidig salpingektomi for en ektopisk graviditet og før dette to provokerede aborter. Kvinden var smerteforpinet, men hæmodynamisk stabil. Koncentrationen af humant choriongonadotropin (P-hCG) var 67.370 IE/l. Ved transvaginal ultralydskanning fandt man et levende foster i gestationsalder 9 + 5 lejret i højre uterinhjørne (Figur 1 A og B). Senere samme dag blev kvinden overflyttet til centralt sygehus grundet betydelig blødningsrisiko i tilfælde af ruptur. Der blev foretaget laparoskopisk operation dagen efter.

**FIGUR 1** Hjørnegraviditet fra sygehistorien, ultrasonisk (A) og laparoskopisk (B-D). **A.** Transvaginalt ultralydbillede med endometrium grænsende op til graviditeten i højre hjørne, »interstitial line«. **B.** Prominerende uterinhjørne med hjørnegraviditet. Det rotunde ligament går direkte ind i graviditeten. **C.** Gestationsssæk med foster efter resektion af uterinhjørne. **D.** Uterinhjørne efter suturering med V-Loc 2-0.



Ved operationen var der 100 ml blod i det lille bækken. Højre uterinhjørne var forstørret med tydelig kartegning. Højre rotunde ligament gik direkte ind i højre uterinhjørne, og højre salpinx var fjernet (Figur 1 C). Øvrige anatomiske forhold i det lille bækken blev set normale. Operatøren anlagde fire ampuller lokalbedøvende med karkontraherende effekt transkutant i området omkring graviditeten. Herefter opstod spontan blødning fra de store kar i området. Operatøren resekerede området ved hjælp af LigaSure og bipolar brænder. Under resektionen blev højre a. uterina delt, da graviditeten sad helt ud i parametriet. Operatøren kunne under resektionen se endometrium i højre hjørne af uterus. Defekten blev syet i to lag med V-Loc 2-0 (Figur 1 D). Der var samlet 500 ml blødning under operationen.

Kvinden blev udskrevet velbefindende dagen efter operationen og frarådet graviditet de næste seks måneder samt forløsning ved sectio ved en fremtidig graviditet pga. øget risiko for ruptur.

Ved opfølgning på lokalsygehus tre måneder efter operationen fandt man en normal stor uterus med et trelaget endometrium og normale ovarier. Patienten blev afsluttet og rådet til tidlig ultralydskanning ved en kommende graviditet.

## Diskussion

Det er uklart, hvordan en hjørnegraviditet opstår. Kvinder med tidligere salpingektomi ser ud til at være i øget risiko [2, 3], og en forklaring kan være, at elkoagulation nær uterinhjørnet ved salpingektomi kan øge det inflammatoriske respons i området og medføre tendens til implantation af embryonet i uterinhjørnet. Et studie har undersøgt denne teori ved at foretage hjørnesutur i stedet for elkoagulation af uterinhjørnet ved salpingektomi. Antallet af hjørnegraviditeter var signifikant lavere i gruppen med hjørnesutur [2].

Andre forklaringer kan være rekanalisering af den efterladte stump af salpinx ved salpingektomi og derefter implantation i uterinhjørnet eller transperitoneal vandring via serosa af en befrugtet oocyt fra raske modsatte side og implantation i uterinhjørnet [4].

I sygehistorien havde kvinden fået foretaget salpingektomi ni år før hjørnegraviditeten. Tidsintervallet mellem salpingektomi og hjørnegraviditet har formodentlig en betydning, idet et kortere interval sandsynligvis øger risikoen. Kvindens hjørnegraviditet blev opdaget ved ultralydskanning grundet symptomer, og hun blev kirurgisk behandlet efter dansk standard med vasokonstriktion og resektion af uterinhjørnet samt oversyning [5]. Internationalt er der tendens til at anbefale laparoskopisk operation med uterotomi frem for resektion af uterinhjørnet, da teknikken er langt mere vævsbevarende og skånsom i forhold til fremtidig graviditet [3].

Denne kasuistik skal øge klinikeres opmærksomhed på risikoen for hjørnegraviditet hos kvinder med tidligere salpingektomi samt opfordre til overvejelser om ændringer i proceduren for at reducere antallet af hjørnegraviditeter.

**Korrespondance** *Signe Grønberg Thomsen*. E-mail: [signe\\_5691@hotmail.com](mailto:signe_5691@hotmail.com)

**Antaget** 1. november 2024

**Publiceret på ugeskriftet.dk** 6. januar 2025

**Interessekonflikter** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på [ugeskriftet.dk](https://ugeskriftet.dk)

**Referencer** findes i artiklen publiceret på [ugeskriftet.dk](https://ugeskriftet.dk)

**Artikelreference** *Ugeskr Læger* 2025;187:V08240518

**doi** [10.61409/V08240518](https://doi.org/10.61409/V08240518)

**Open Access** under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

## SUMMARY

### **A woman with a live interstitial pregnancy and previous salpingectomy**

Interstitial pregnancies account for 2-4% of ectopic pregnancies. In the second trimester there is a risk of life-threatening rupture. Women with prior salpingectomy seem to be at increased risk. This case report is about a 30-year-old woman with previous salpingectomy presented with a live interstitial pregnancy, confirmed via ultrasound in the first trimester. She underwent laparoscopic surgery due to the risk of rupture. This highlights the importance of recognizing the risk in such patients and suggests reconsideration of the procedure to reduce the occurrence of interstitial pregnancies.

## REFERENCER

1. Finlinson AR, Bollig KJ, Schust DJ. Differentiating pregnancies near the uterotubal junction (angular, cornual, and interstitial): a review and recommendations. *Fertil Res Pract.* 2020;6:8. <https://doi.org/10.1186/s40738-020-00077-0>
2. Chen J, Huang D, Shi L, Zhang S. Prevention, diagnosis, and management of interstitial pregnancy: a review of the literature. *Laparosc Endosc Robot Surg.* 2019;2(1).12-7. <https://doi.org/10.1016/j.lers.2018.12.001>

3. Sokalska A, Rambhatla A, Dudley C, Bhagavath B. Nontubal ectopic pregnancies: overview of diagnosis and treatment. *Fertil Steril.* 2023;120(3 pt 2):553-562. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.07.014>
4. Ota T, Nagasawa S, Sugimori Y et al. Interstitial pregnancy after ipsilateral salpingectomy: report of a case and discussion of the possible migration route. *Gynecol Minim Invasive Ther.* 2017;6(1):40-41. <https://doi.org/10.1016/j.gmit.2016.03.003>
5. Botházi A, Bülow N, Dalsgaard T et al. Ekstrauterin graviditet. DSOG-guideline. 2016. <https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/58ed3949b3db2bbc5198b0c1/1491941717639/eug%25202016%2520incl%2520HG%2520rev-2.pdf> (okt 2024)