

FØRST PÅ NETTET: 7. november 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Junker R, Schlebusch H, Lippa PB. Point-of-care testing in hospitals and primary care. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107:561-7.
2. Region Sjælland. Etablering af akutafdelinger i Region Sjælland – status og ud-

viklingsperspektiver. Rapport udarbejdet af Kvalitet og Udvikling og Følgegruppen for etablering af akutafdelinger, maj 2011. www.regionsjaelland.dk/PresseOgNyt/nyheder/Documents/1346661.pdf (17. okt 2011).

3. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ et al. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ* 2011;342:d2983.

Tubaprolaps og klamydiaperitonitis efter hysterektomi

Karina Sif Søndergaard Mosholt & Thomas Arent Filtenborg

Underlivsbetændelse er en hyppigt forekommende gynækologisk lidelse, som er associeret til ascenderende infektioner med bl.a. *Neisseria gonorrhoeae* og *Chlamydia trachomatis*. Hysterektomerede kvinder formodes at være beskyttet imod disse infektioner [1], men ved tubaprolaps gennem vaginaltoppen, hvilket er en sjældnen, men ikke ukendt komplikation til hysterektomi, er der risiko for ascenderende infektion gennem den prolaberende salpinx. Der er tidligere beskrevet forekomst af tuboovariel absces op til 12 år efter hysterektomi [1]. Der er ikke tidligere rapporteret om tilfælde af klamydiaperitonitis efter hysterektomi.

SYGEHISTORIE

En 42-årig kvinde blev indlagt akut pga. nedre abdominalsmerter gennem nogle uger og temperaturforhøjelse til 38,5 °C.

Hun havde to et halvt år tidligere fået foretaget vaginal hysterektomi pga. langvarige underlivsmerter. Efter hysterektomien blev hun flere gange indlagt akut med abdominalia på mistanke om såvel blødende corpus luteum som myoser og appendicitis. Pga. tilbagevendende underlivsmerter blev der halvandet år efter hysterektomien foretaget en laparoskopisk resektion af en højresidig adnexcyste samt biopsi og elkoagulation af, hvad man vurderede som værende granulationsvæv i vaginaltoppen. Ved indgrebet fandtes ingen infektionstegn. Biopsier fra vaginaltoppen viste polypdannelse og uspecifik inflammation.

Patienten var ved den aktuelle indlæggelse alment påvirket, og ved gynækologisk undersøgelse fandtes rigeligt tyndt grønligt sekret i vagina. Man genfandt den tidligere observerede røde polypagtige ekskrescens i vaginaltopcikatricen, hvorover der var udtalt ømhed i et fast infiltrat. En transvaginal ultra-

lydskanning gav mistanke om purulent ansamling samt fri intraperitoneal væske. B-leukocytter var 12,2 mia./l, og C-reaktivt protein var 91 mg/l.

Pga. påvirket almentilstand og utilstrækkelig virkning af intravenøst givet antibiotika blev der foretaget laparoskopi og laparotomi, hvorved der i vaginaltoppen fandtes en cystisk, inflammatorisk proces og til højre for denne fortykket inflammatorisk tubavæv med indhold af pus. En del af tuba var placeret i vaginaltopscikatricen, som måtte åbnes og resekeres. Ved venstre adneks var der normale forhold. Mikroskopien bekræftede, at der var tubavæv i vaginaltoppen, og revurdering af tidligere vaginalbiopsier fra formodet granulationsvæv blev herefter erkendt som tubaepitel.

Efterfølgende viste dyrkning fra intraperitoneal væske *Chlamydia trachomatis*, og efter relevant behandling indtrådte der betydelig og hurtig bedring.

DISKUSSION

Der er kun beskrevet lidt over 100 tilfælde af tubaprolaps efter hysterektomi, siden tilstanden først blev belyst af Pozzi i 1902 [2]. Tuboovariel absces efter hysterektomi ses ligeledes sjældent [1]. Selvom Piacenza & Salsano skønner, at tubaprolaps forekommer ved ca. 1,3% af hysterektomierne [3], er den reelle incidens af tilstanden ukendt [4]. Det er muligt at overse tilstanden, da symptomerne beskrevet ved tubaprolaps også ses ved mere velkendte gynækologiske lidelser. Komplikationen er hyppigst beskrevet efter vaginal hysterektomi [5]. Symptomerne er beskrevet fra få måneder til over 20 år efter hysterektomi [2] og inkluderer vaginalblødning, dyspareuni, tilstedeværelse af inflammatorisk masse svarende til vaginaltoppen, øget mængde fluor, postkoital blødning og salpingitis [3]. Disponerende faktorer kan bestå af tilstedeværelse af en mobil salpinx kombine-

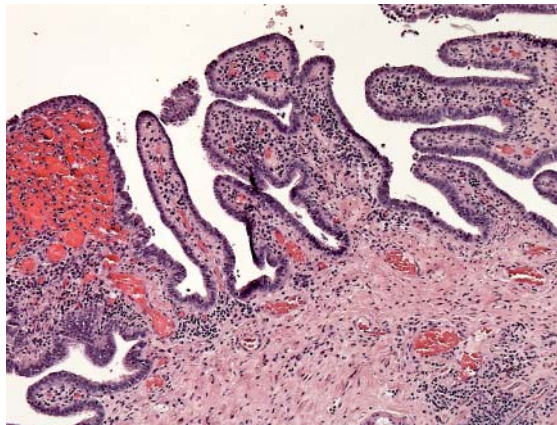
KASUISTIK

Gynækologisk Afdeling,
Næstved Sygehus



FIGUR 1

Biopsi fra vaginaltoppen med inflammation, hvilket primært ikke blev erkendt som værende tubaepitel.



ret med en defekt i vaginaltoppen [4], postoperativ hæmatom eller infektion og ufuldstændig heling pga. metabolisk sygdom eller steroidbehandling [3]. Vigtige forebyggende tiltag er at undgå postoperativ infektion og hæmatom, sikre optimal lukning af vaginaltoppen uden at trække adnekserne med ned, evt. fiksere adnekserne væk fra vaginaltoppen og undgå dræn i vaginaltoppen [3]. Diagnosen skal overvejes,

hvis der findes inflammatorisk udfyldning ved vaginaltoppen, hvorfra der skal tages biopsi. Den histologiske diagnose kan være vanskelig at stille, hvilket var tilfældet hos denne patient, da der ofte findes hyperplasi af mucosa samt atypilignende forandringer pga. den akutte og kroniske inflammatoriske tilstand. Derfor skal patologen gøres opmærksom på den tentative diagnose, således at der specifikt ledes efter tubaepitel ved histologisk undersøgelse [3] (Figur 1). Behandling af tubaprolaps består af excision af den inflammatoriske proces i vaginaltoppen evt. ved kombineret vaginalt og laparoskopisk indgreb, hvor adhærensers løsnes, og salpinx fjernes eller fikseres væk fra vaginaltoppen [3, 5].

KORRESPONDANCE: Karina Sif Søndergaard Mosholt, Gyvelholm 24, 1., 2830 Virum. E-mail: mosholt@hotmail.com.

ANTAGET: 23. marts 2011

FØRST PÅ NETTET: 11. juli 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

TAKSIGELSE. Karsten Nielsen takkes for histologisk vurdering og billede.

LITTERATUR

1. Canas AM, Holloran-Schwartz B, Myles T. Tuboovarian abscess 12 years after total abdominal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2004;104:1039-41.
2. Ang WC, Lenglet Y, Botchorishvili R et al. Tubal prolapse after total laparoscopic hysterectomy. *Gynecol Surg* 2005;2:323-7.
3. Piacenza JM, Salsano F. Post-hysterectomy fallopian tube prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;98:253-5.
4. Hernandez CR, Howard FM. Management of tubal prolapse after hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1998;5:59-62.
5. Muntz HG, Falkenberg S, Fuller AF. Fallopian tube prolapse after hysterectomy: A report of two cases. *J Reprod Med* 1988;33:467-9.

Konservativ behandling af et stort misdannet tvillingeanlæg

Dorthe Louise Ahrenkiel Thisted¹, Lise Grupe Larsen² & Torben Larsen¹

KASUISTIK

1) Gynækologisk-obstetriske Afdeling, Holbæk Sygehus

2) Patologisk Afdeling, Næstved Sygehus

Twin reversed arterial perfusion (TRAP) er en sjælden, men alvorlig komplikation i forbindelse med monokoriotiske flerfoldsgraviditeter. Komplikationen ses ved 1/35.000 graviditeter og ved 1% af alle monokoriotiske graviditeter [1].

Karakteristisk for syndromet er, at en strukturelt normal tvilling via superficielle placenter anastomoser holder en akardiel tvilling i live. Via disse anastomoser flyder arterielt blod retrogradt fra den pumpende tvilling til den akardielle tvillings umbilikalarterier (Figur 1A). Et TRAP-syndrom er altid letalt for den akardielle tvilling, og for den pumpende tvilling er syndromet associe-

ret med en perinatal mortalitet på 35-50%, hovedsagelig pga. polyhydramnion, præterm fødsel og morbus cordis opstået på baggrund af de øgede hæmodynamiske krav til den pumpende tvilling [1, 2].

SYGEHISTORIE

Vi præsenterer en monokoriotisk, diamniotisk naturligt opstået gemelligraviditet hos en 28-årig gravida 2, para 1. Ved nakkefoldsskanning ved gestationsalder (GA) 12 uger + 2 dage, fandt man to fostre: et levende foster med normal anatomi, vækst og nakkefold og et foster uden hjer-