

Heterotopisk graviditet efter ovariel stimulation

Reservelæge Rubab Sethi & overlæge Finn Friis Lauszus

Herning Sygehus, Kvinde-barn Centeret

Heterotopisk graviditet er en kombination af intrauterin og ekstrauterin graviditet. Heterotopiske graviditeter forekommer spontant med en hyppighed på ca. en ud af 8.000-30.000 graviditeter, men med assisteret reproduktion er incidensen så høj som 1% [1]. Differentialdiagnosen kan være vanskelig at stille, idet en intrauterin graviditet samtidig er til stede.

Sygehistorie

En 23-årig kvinde, gravida 2, para 1, henvendte sig i gynækologisk/obstetrisk ambulatorium i graviditetsuge 8 med to dages anamnese om små vaginale blødninger og abdominale smerter. Hun havde kendt polycystisk ovariesyndrom og var ligesom en gang tidligere blevet gravid efter sin første serie med clomifen. En transvaginal ultralydundersøgelse viste en intrauterint beliggende, 10×11 mm stor gestationsæk med en lille blommesæk uden synligt fosteranlæg. Der blev foretaget aftalt serum-hCG-måling med to dages interval og aftalt kontrolskanning en uge senere. Kvinden mødte en uge senere med tiltagende nedre abdominale smerter, nu også i forbindelse med defækation, samt opkastninger og vaginal blødning. Serum-hCG var steget fra 11.048 IU/l til 23.641 IU/l. En skanning viste et intrauterint beliggende fosteranlæg med hjerteaktion. Derudover var der set rigelige mængder væske og koagler i fossa Douglasi. Hun blev akut laparoskopieret, og der blev fundet en venstresidig tubargraviditet. Der blev foretaget laparoskopisk salpingektomi sin. Histologi viste, som forventet, venstre tuba med ektopisk graviditet. Vaginal ultralydundersøgelse dagen efter og igen en uge senere viste en vital intrauterin graviditet. Resten af forløbet var ukompliceret. Da hun gik over tiden blev fødslen sat i gang med hindeprængning, hvorefter hun uden komplikationer vaginalt fødte en pige, som fik Apgar 10/1 og 10/5.

Diskussion

Ved heterotopisk graviditet er debutsymptomerne som regel abdominale smerter og vaginal blødning. Tidspunktet for præsentation og diagnose kan variere fra graviditetsuge 5 til graviditetsuge 34 [2]. Prædisponerende faktorer er tidligere ekstrauterin graviditet, tidligere kirurgi i pelvis, salpingit og assisteret reproduktion [1]. Færre end halvdelen bliver diagnosticeret ved klinisk vurdering og ultralyd, og selv ved kraftig mistanke bliver de fleste heterotopiske graviditeter først diagnosticeret efter ruptur [2, 3]. Laparoskopi er den bedst kendte metode til både diagnosticering og behandling af hete-

rotopisk graviditet. Vores patient havde en tidligere normaltforløbende graviditet og ingen intraabdominale dispositioner før tilfældet med heterotop graviditet, men en mulig ekstrauterin graviditet var pga. ovariel stimulation overvejet inden operationen.

Mellem 95% og 98% af de ekstrauterine graviditeter er lokaliseret i salpinx. Andre mulige ektopiske lokalisationer er på ovarier, peritonæum eller i en ektopisk position inde i uterus som cervix og interstitielt (hjørnegraviditet). Man bør være opmærksom på, at i en in vitro fertilisering-graviditet kan lokalisationen være mere iatrogen. Der er beskrevet tilfælde med sandsynlig implantation gennem via falsa ind i retroperitonæum [4].

Prognosen for en intrauterin graviditet efter tidlig behandling for heterotop graviditet er god. Mellem 50% og 100% af de intrauterine graviditeter forløber normalt [5], således føder 75% til termin og 16% før termin, mens kun 9% ender med spontan abort eller foetus mortus [1].

Korrespondance: *Rubab Sethi*, Kvinde-barn Centeret, Herning Sygehus, 7400 Herning. E-mail: rsethi5@hotmail.com

Antaget: 27. januar 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Mistry BM, Balasubramaniam S, Silverman R. Heterotopic pregnancy presenting as an acute abdomen: a diagnostic masquerader. *American Surg* 2000; 66:307-8.
2. Wang P, Chao H-T, Tseng J-Y et al. Laparoscopic surgery for heterotopic pregnancies: a case report and a brief review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998;80:267-71.
3. Berliner I, Mesbah M, Zalud I et al. Heterotopic triplet pregnancy: report of a case with succesful twin intrauterine gestation. *J Reprod Med* 1998;43: 237-9.
4. Dmowski WP, Rana N, Ding J et al. Retroperitoneal subpancreatic ectopic pregnancy following in vitro fertilization in a patient with previous bilateral salpingectomy: how did it get there? *J Assist Reprod Genet* 2002;19:90-3.
5. Inion I, Gerris J, Joosten M et al. An unexpected triplet heterotopic pregnancy after replacement of two embryos. *Hum Reprod* 1998;13:1999-2001.