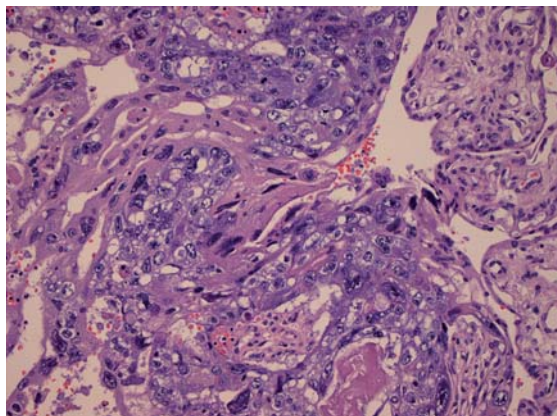


Udsnit af koriokarcinom opbygget af syncytio- og cytotrofoblaster med ud-talt atypi. Til højre ses overgang til nonneoplastisk placentavæv med villi chorii.



(FIGO's) scoringssystem i lav- og højrisikogrupper [2]. Sygdommen er følsom for kemoterapi, og i Danmark behandles alle patienter uanset risikogruppe initialt med peroral methotrexat, eventuelt i kombination med actinomycin [3]. Ved behandlings-resistens skiftes der til mere intensive kombinationsregimer. I udlandet behandles både lav- og højrisikopatienter typisk med mere intensive regimer [4].

DISKUSSION

Koriokarcinom er en sjælden diagnose, som ofte stilles, når patienten får symptomer ante eller post partum. Der er tidligere beskrevet enkelte tilfældige fund af intraplacentært koriokarcinom (også kaldet koriokarcinom in situ) [1]. Det intraplacentære koriokarci-

nom er ofte beskrevet makroskopisk som et lille, lyst gulligt område ikke uligt placentære infarkter [5], hvorfor den korrekte incidens muligvis er højere end hidtil antaget. Intraplacentære koriokarcinomer kan medføre føtomaternel blødning og resultere i løsning af placenta, hydrops foetalis, foetus mortuus eller anæmisk barn, som beskrevet i vores sygehistorie [5]. I det aktuelle tilfælde er mor efterfølgende blevet testet for føtalt hæmoglobin, noget som har bekræftet mistanken om føtomaternel blødning som årsag til barnets svære anæmi. I tilfælde som ovenfor nævnte og i tilfælde, hvor der findes infarktliggende områder i placenta, kunne man overveje, om der rutinemæssigt skulle udføres histologisk undersøgelse af placenta.

KORRESPONDANCE: Ditte Josefine Rørne, Islands Brygge 15, 1. tv., 2300 København S. E-mail: ditterorne@gmail.com

ANTAGET: 26. oktober 2009

FØRST PÅ NETTET: 5. april 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSE: Overlæge Marianne Lidang, Patologafdelingen, Herlev Hospital, takkes for det histologiske billede.

LITTERATUR

1. Driscoll Shirley G. Choriocarcinoma: An "incidental finding" within a term placenta. *Obstet Gynecol* 1963;21:96-101.
2. Kohorn EI. Dynamic staging and risk factor scoring for gestational trophoblastic disease. *Int J Gynecol Cancer* 2007;17:1124-30.
3. DSOGs kliniske guideline, trofoblastsygdomme. <http://www.dsog.dk/files/mola.pdf> (20. december 2009).
4. Morgan JM, Lurain JR. Gestational trophoblastic neoplasia: an update. *Curr Oncol Rep* 2008;10:497-504.
5. Jianping Lui. Intraplacentar choriocarcinoma in a term placenta with both maternal and infantile metastasis: A case report and review of the literature. *Gyn Incol* 2006;103:1147-51.

Andengradsforbrænding hos en gravid

Jan Hendrik Rölfing, Peter Egede Jensen & Bent Erling Lindblad

KASUISTIK

Århus Universitets-hospital, Århus Sygehus, Skadestuen

Omtrent syv procent af de fertile kvinder, der behandles for brandsår, er gravide [1]. Forbrændinger kan få alvorlige konsekvenser for både moder og foster.

Grundet den sparsomme evidens på området findes der ingen specifik vejledning til behandling af gravide med forbrændinger, dog anbefales en tværfaglig tilgang.

SYGHESTORIE

En 27-årig, rask førstegangsgavid kvinde med en gestationsalder på 38+6 henvendte sig i skadestuen om aftenen. Ved et uheld havde hun hældt kogende vand fra en elkedel over sin mave i forbindelse med afrimning af en fryser.

Graviditeten var hidtil forløbet ukompliceret.

Ved den kliniske undersøgelse fandtes andengradsforbrændinger på mave og bryst svarende til ca. tre procent af kropsoverfladen. Moderen var i god almentilstand og mærkede ligeledes god aktivitet fra fosteret. Efter konference med obstetriske vagthavende besluttedes det at behandle brandsåret efter vanlige retningslinjer. Skylning med vand medførte smertefrihed, og patienten fortsatte denne behandling til næste morgen, hvor hun mødte i skadestuen på ny.

Næste morgen blev specialafdeling i brandsårsbehandling kontaktet. Anbefalingen var at fortsætte vanlige brandsårsbehandling og at igangsætte fødslen

på grund af *burn toxins*, der krydser placenta uhindret og topper efter 3.-5. døgn efter en forbrænding.

Patienten blev overflyttet til fødeafdelingen, hvor fødslen blev igangsat (prostaglandin E₂-vagitorium, primær hindsprængning samt oxytocindrop). Fosterets velvære bekræftedes ved, at patienten mærkede liv og på baggrund af normale kardiokografi-målinger. Knap 36 timer efter forbrændingen fødte patienten en rask dreng ved vaginal fødsel (3.590 g, 51 cm, Apgar-score: 9/1, 10/5; arteria umbilicalis pH 7,22; *standard base excess* (SBE): -4). Ved fødselstidspunktet blev moderens temperatur målt til 38,4 °C, hvorfor hun blev sat i penicillinbehandling. Mor og barn blev begge udskrevet i velbefindende efter et døgn observation.

Sårkontrol og forbindingsskift fandt sted på tredje- og tiendedagen efter forbrændingen (**Figur 1**), hvorefter behandlingen som følge af god heling blev afsluttet.

DISKUSSION

Evidens vedrørende brandsårsbehandling af gravide er sparsom, og kendskab til brandsårsbehandling af gravide mangler.

Generelt gælder det, at graviditet ikke øger komplikationsraten hos moderen i forhold til ikkegravide patienter med tilsvarende forbrændinger [2].

Behandlingen bør som hovedregel følge afdelingens gældende retningslinjer for brandsårsbehandling eller som beskrevet i litteraturen, se f.eks. [3].

Moderens og fosterets mortalitet og morbiditet afhænger i høj grad af forbrændingsdybde samt forbrændingsoverflade i procent af kropsoverfladen (% TBSA), som estimeret ved *Rule of nines* [1].

I litteraturen findes der uanset gestationsalderen ikke indikation for obstetrisk intervention ved andengradsforbrænding på mindre end 10% TBSA [1-3].

Hos gravide i tredje trimester med forbrændinger, der er større end 10% TBSA, kan forløsning være indiceret [2, 5].

Særligt ved større forbrændinger er der risiko for

FIGUR 1

Forbindingsskift på tredjedagen.



præterm fødsel, væske- og elektrolytforstyrrelser, respiratoriske komplikationer samt infektion [1].

I den første uge efter forbrændingen er der øget risiko for præterm fødsel på grund af prostaglandiner, hyponatriæmi eller acidose [1, 4]. I denne periode anbefales en tæt obstetrisk overvågning med CTG samt gentagen opfølgning med ultralyd [5]. Hvis symptomer på truende for tidlig fødsel opstår, kan tokolytika (indometacin i 48 timer, før uge 32) og steroider til lungemodning anvendes efter sædvanlige retningslinjer [1, 5].

Fosteret har en god prognose for overlevelse, såfremt moderen er hæmodynamisk stabil og ikke frembyder alvorlige komplikationer som hypoksi, hypotension eller sepsis [1, 2].

For generelle retningslinjer vedrørende behandling af fertile kvinder med brandsår se **Tabel 1**.

KORRESPONDANCE: Jan Hendrik Rölfing, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Ortopædisk Forskningslaboratorium, 8000 Århus C.

E-mail: jan.roelfing@ki.au.dk

ANTAGET: 17. december 2009

FØRST PÅ NETTET: 5. april 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSER: Patienten takkes for samarbejde og tilladelse til fotodokumentation. Informationsafdelingen, Århus Universitetshospital, Skejby, samt Kommunikationsafdelingen, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, takkes for fotodokumentation.

LITTERATUR

1. Polko LE, McMahon MJ. Burns in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1998;53:50-6.
2. Maghsoudi H, Samnia R, Garadaghi A et al. Burns in pregnancy. *Burns* 2006;32:246-50.
3. Alsbjörn B, Gilbert P, Hartmann B et al. Guidelines for the management of partial-thickness burns in a general hospital or community setting recommendations of a European working party. *Burns* 2007;33:155-60.
4. Kennedy BB, Baird SM, Troiano NH. Burn injuries and pregnancy. *J Perinat Neonatal Nurs* 2008;22:21-30.
5. Guo SS, Greenspoon JS, Kahn AM. Management of burn injuries during pregnancy. *Burns* 2001;27:394-7.



TABEL 1

Generelle retningslinjer

Alle fertile kvinder med forbrændinger bør graviditetstestes, såfremt graviditeten ikke er kendt

Obstetrisk tilsyn til alle gravide uanset gestationsalderen

Tetanusprofylakse

(> 5 år siden seneste vaccination og uvisse tilfælde)

Evt. topiske antibiotika – her findes ingen konsensus i litteraturen

Tværfaglig indsats ved de gældende specialer

Kilder: [1-5].