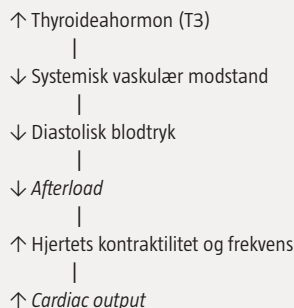




FIGUR 1

Thyroideahormonernes effekt på det kardiovaskulære system.



↑ = øgning; ↓ = reduktion; | = medfører.

AFLI medieret af den tyrotoksiske krise synes at være mest sandsynlig.

Hypertyreose kan forårsage en hyperdynamisk tilstand med øget hvilepuls, systolisk hypertension, øget blodvolumen, øget fyldning af venstre ventrikel, nedsat perifer modstand og en øgning af hjertets minutvolumen på 50-300% (Figur 1) [1, 2]. En markant øgning af hjertets iltforbrug og den basale metabolisme er specielt kritisk hos patienter med kardiogent shock [3], hvor der ses hyperkoagulopati og hæmmet fibrinolyse. Klinisk er der øget forekomst af AFLI og apopleksi [4, 5], hvilket medvirker til en øget mortalitet på 20% ved hypertyreose [5].

Hypertyreose er også forbundet med øget forekomst af akut koronarsygdom, specielt kan det medføre angina pectoris og iskæmiske elektrokardiogramforandringer. Ved KAG ses dog ofte normale koronarkar, da symptomerne er relateret til karspasm, der svinder ved behandling af hypertyreosen [1].

Behandlingen af kredsløbssvigt ved tyrotoksikose med betaadrenerge farmaka kan forværre tilstanden.

Man bør screene patienter med hjertesvigt og cerebrale eller kardielle iskæmisymptomer for thyroideasygdom, da hypertyreose er en vigtig differentialdiagnose, som ofte er tilgængelig for diagnostik og behandling.

KORRESPONDANCE: Jane Hjørringgaard, Anæstesiologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning, Gl. Landevej 61, 7400 Herning.

E-mail: janelundjensen@dadlnet.dk

ANTAGET: 10. juli 2012

FØRST PÅ NETTET: 3. december 2012

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSER: June Anita Ejlersen, Nuklearmedicinsk Afdeling, Hospitalsenheden Vest, takkes for udvælgelse af billedmateriale.

LITTERATUR

1. Klein I, Danzi S. Thyroid disease and the heart. *Circulation* 2007;116:1725-35.
2. Kahaly GJ, Dillmann WH. Thyroid hormone action in the heart. *Endocrine Rev* 2005;26:704-28.
3. Opdahl H, Eritsland J, Søvik E. Acute myocardial infarction and thyrotoxic storm – a difficult and dangerous combination. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005;49:707-11.
4. Schultz M, Kistorp C, Raymond I. et al. Cardiovascular events in thyroid disease. *Horm Metab Res* 2011;43 653-9.
5. Brandt F, Green A, Hegedüs L et al. A critical review and meta-analysis of the association between overt hyperthyroidism and mortality. *Eur J Endocrinol* 2011;165:491-7.

Klamydiainfektion med stor mængde ascites simulerende ovariecancer

Aiste Ugianskiene

Chlamydia trachomatis er årsag til den mest udbredte kønssygdom i Danmark. I 2011 blev der diagnosticeret ca. 26.600 klamydiatilfælde i Danmark. Det reelle antal smittede vurderes dog at være væsentligt større – således vurderes det, at der i 2011 blev smittet 50.000 personer med klamydia [1].

Over halvdelen af patienterne er asymptomatiske. Ubehandlet infektion hos kvinder kan føre til underlivsbetændelse med ascites og/eller perihepatitis [2].

Nedenstående sygehistorie drejer sig om en ung kvinde med svær klamydiainfektion, der var mistolket som ovariecancer.

SYGEHISTORIE

En 22-årig, tidligere rask kvinde blev indlagt med tre måneders anamnese med meteorisme og trykkende smerter i maven. I ugen op til indlæggelsen havde hun også stikkende smerter under højre kurvatur og ned i højre flanke.

KASUISTIK

Gynækologisk-obstetriske Afdeling, Regionshospitalet Randers

Ved en objektiv undersøgelse fandt man abdomen meteorisk, øm under højre kurvatur og i højre flanke, men ikke peritoneal. Temperaturen var 36,9 °C målt rektalt. Biokemisk fandt man et C-reaktivt protein-niveau på 68 mg/l (referenceværdi: < 10 mg/l) og et hæmoglobinniveau på 6,5 mmol/l (referenceværdi: 7,1-9,3 mmol/l). En røntgenoversigt over abdomen viste tyndtarmsmeteorisme. Ved ultralydskanning (ULS) af abdomen fandt man en del ascites. En gynækologisk undersøgelse viste normale forhold, mens transvaginal ULS gav mistanke om en proces i højre ovarium, da dette var 5 × 4 × 5 cm stort, inhomogent og med cystiske forandringer. Patienten fik foretaget ultralydvejledt ascitespunktur, og der blev i alt udtømt fem liter gullig klar ascites, som blev sendt til cytologisk undersøgelse. Der blev målt en CA-125-koncentration på 150 kU/l (referenceværdi: < 35 kU/l). Patienten fik foretaget computertomografi af abdomen, hvorved man fandt patologisk forstørrede lymfeknuder i retroperitoneum, fortsat ascites, karcinose lignende forandringer i højre flanke og en cystisk proces i højre ovarium (Figur 1). Det gav betydelig mistanke om malign ovariesygdom.

Celler i ascitesvæsken repræsenterede med stor sandsynlighed et malignt non-Hodgkin-lymfom. For at stille den endelige diagnose blev der foretaget eksplorativ laparotomi, hvorved man fandt inflammatoriske forandringer overalt intraperitonealt, perihepatiske adhærencer og betydelige adhærencer i det lille bækken, flere forstørrede lymfeknuder retroperitonealt samt forstørret højre ovarium med en central udfyldning. Der blev biopteret fra oment og retroperitoneale lymfeknuder samt reseceret højre ovarium. Histologi viste nodulær inflammation i peritoneum, reaktiv hyperplasi i lymfeknuderne og en follikelcyste i ovarium. Fundet var foreneligt med svær kronisk

FIGUR 1

Computertomografi. Der ses ascites og en proces ved højre ovarium.



TABEL 1

Behandling af *Chlamydia trachomatis*.

<i>C. trachomatis</i> cervicitis: azitromycin 1 g p.o. som engangsdosis Ved graviditet pivampicillin 700 mg p.o. × 2 i 7 dage
<i>C. trachomatis</i> salpingitis: doxycyklin 100 mg p.o. × 2 i 10 dage evt. kombineret med metronidazol 500 mg p.o. × 3 i 7 dage Ved graviditet pivampicillin 700 mg p.o. × 2 i 10 dage evt. kombineret med metronidazol 500 mg p.o. × 3 i 7 dage

lymfocitær peritonitis formodentlig på grund af en ascenderende infektion. Det viste sig, at patienten havde positiv klamydiapodning fra cervix. Hun blev sat i behandling med antibiotika i form af tabl. doxycyklin 100 mg × 2 i 14 dage samt tabl. metronidazol 500 mg × 3 i syv dage. Fem dage efter operation blev patienten udskrevet til videre ambulant antibiotisk behandling (Tabel 1). Ved ambulant kontrol fire uger efter var patienten symptomfri.

DISKUSSION

C. trachomatis findes hyppigst i cervix. Infektionen kan sprede sig ascenderende op til genitalia interna og peritoneum [2].

Ca. 50% af kvinder med ubehandlet klamydiainfektion får *pelvic inflammatory disease* (PID) som kan kompliceres med ascites og/eller perihepatitis [2].

Ved akut PID finder man ascites i fossa Douglasi i 50% af tilfældene, dog kun i 10% ved kronisk infektion [3]. Der er hyppigst tale om en mindre grad af ascites [4].

Perihepatitis (Fitz-Hugh-Curtis' syndrom) er også en velkendt komplikation i forbindelse med PID. Dette syndrom ses næsten udelukkende ved infektion, der er forårsaget af gonokokker eller *C. trachomatis*. 3-10% af kvinderne med akut PID har også perihepatitis. De hyppigste symptomer er øvre højresidige abdominalsmerter, som kan forveksles med galdestensmerter eller akut kolecystitis [5]. Endelig diagnose stilles ved laparoskopi eller laparotomi, hvor man finder adhærencer mellem leverkapsel og de omkringliggende serosaoverflader.

En palpabel udfyldning i underlivet findes kun hos ca. 24% af patienterne med akut salpingitis [2].

I litteraturen er der kun beskrevet få tilfælde af svær klamydiainfektion, som viser sig med både stor mængde ascites og udfyldninger i adnexa [2, 4].

Vores patient havde kun symptomer på perihepatitis og ingen gynækologiske gener. Hun var afebril, og paraklinisk havde hun kun let forhøjede infektionstal. Det var mindre sandsynligt, at det drejede

sig om en betændelsestilstand i kroppen. Stor mængde ascites, cystisk proces i højre adnexus, patologisk forstørrede lymfeknuder retroperitonealt og forhøjet CA-125-niveau tydede mest på en ondartet sygdom i æggestokkene.

Ved fund af ascites og/eller udfyldninger i adnexa hos unge kvinder bør klamydiainfektion overvejes.

KORRESPONDANCE: Aiste Ugianskiene, Gynækologisk-obstetriske Afdeling, Regionshospitalet Randers, Skovlyvej 1, 8930 Randers NØ.

E-mail: aiste_ugianskiene@yahoo.com

ANTAGET: 13. september 2012

FØRST PÅ NETTET: 10. december 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

TAKSIGELSE: Marianne Louise Vang Østergaard takkes for gennemlæsning af artiklen.

LITTERATUR

1. <http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Seksualitet/Sexsygdomme/Sexsygdomme%202011%20opgoerelse.aspx> (15. okt 2012).
2. Wallace TM, Hart WR. Acute chlamydial salpingitis with ascites and adnexal mass simulating a malignant neoplasm. *Int J Gynecol Pathol* 1991;10:394-401.
3. Chiriac S, Taurescu E, Claiu D et al. Pelvic inflammatory disease with ascites, invasion of the last ileal ansa and pelvic wall, secondary hydronephrosis. *Cercetari Experimentale & Medico-Chirurgicale* 2006;(3-4):177-84.
4. Urnes A, Stray-Pedersen B, Raknerud N. Massive ascites as a complication to sub-clinical perihepatitis and pelvic inflammatory disease. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986;65:277-8.
5. van der Laan NE, Voerman BJ, Rustemeijer C et al. Peritonitis, moderat ascites and hepatitis due to infection with Chlamydia trachomatis and Epstein-Barr virus in a young woman. *Neth J Med* 1995;46:41-3.

Hypothyroidisme efter operation for struma ovarii

Marjoes Zikkenheimer¹ & Jens Hertz²

Thyroideavæv findes i op til 15% af mature cystiske teratomer (dermoidcyster) [1, 2]. Struma ovarii er en ovarietumor, hvor mere end 50% af tumoren består af thyroideavæv, oftest som en del af et teratom, men den kan også ses som en del af serøse eller mukøse cystadenomer. Struma ovarii udgør ca. 1% af alle ovarietumorer og ca. 3% af alle dermoidcyster [1, 3].

Plaut påviste, at thyroideavævet i struma ovarii morfologisk, biokemisk og farmakologisk var identisk med vævet i glandula thyroidea [4]. Trods dette er de fleste patienter med struma ovarii asymptomatiske og har tilsyneladende normal thyroideafunktion, men ca. 5% af patienterne får hypertyroide symptomer evt. tyrotoksikose [1, 3, 5].

Denne sygehistorie omhandler en asymptomatisk patient med struma ovarii, som i det postoperative forløb udviste biokemiske tegn til hypothyrose.

SYGEHISTORIE

En 42-årig kvinde, para 2, tidligere gynækologisk rask, blev henvist efter et tilfældigt fund af en 6-7 cm stor ovariecyste, som ved ultralydskanning blev fundet overvejende solid, men også indeholdende flere mindre cystiske områder. CA-125 var 31 U/ml (referenceværdi: < 35 U/ml). Ved laparoskopi fandt man ovariet omdannet til en 7 cm stor cystisk tumor med mange kar på overfladen. Der blev foretaget enkeltstidig salpingo-ooforektomi. Tumoren mindede makro-

skopisk om en dermoidcyste, og frysemikroskopi viste »formentlig dermoidcyste – ingen tegn på malignitet«. Der var et ukompliceret postoperativt forløb. Den endelige mikroskopi viste, at cysten domineredes af follikulært opbygget thyroideavæv (**Figur 1**). Diagnosen var struma ovarii, ingen tegn på malignitet.

Patienten havde forud for henvisning og operation ikke haft symptomer på thyroidealidelse. Tre uger efter operationen blev thyroideastimulerende hormon-niveau målt til 5,5 mIE/l (referenceværdi: 0,4-4,0 mIE/l), niveauet af perifere thyroideahormoner var normalt. Patienten blev henvist til en endokrinologisk afdeling, og man påbegyndte behandling med levothyroxin 50 mikrogram hver anden dag, senere øgedes dosis til 50 mikrogram dagligt, og efter seks måneders behandling påbegyndtes udtræning af behandlingen med henblik på seponering.

DISKUSSION

Diagnosen struma ovarii stilles oftest i forbindelse med mikroskopi af en fjernet tumor. Som i denne sygehistorie er der ofte tale om et tilfældigt fund i forbindelse med ultralydskanning, eventuel ses der symptomer i form af smerter, abdominal udfyldning med tryk på omgivende organer samt ascites (Meigs syndrom) og i ca. 5% af tilfældene får patienterne symptomer på hypertyroide, eventuel tyrotoksikose

KASUISTIK

- 1) Kirurgisk Afdeling, Bispebjerg Hospital
- 2) Gynækologisk-obstetriske Afdeling, Hillerød Hospital