

# Gravid efter bilateral salpingektomi

Læge Anne Bang

Hvidovre Hospital, Gynækologisk Obstetrisk Afdeling

## Resume

I artiklen beskrives et tilfælde af spontan graviditet trods bilateral salpingektomi. En kvinde, der var bilateralt salpingektomeret, blev henvist akut til en gynækolog med underlivssmerter og positiv urin-humant choriongonadotropin. Ved en ultralydskanning konstaterede man overraskende en vital intrauterin graviditet. Graviditeten var ikke ønsket, og kvinden fik en abort. Ved en søgning i MEDLINE i engelsksproget litteratur er vital intrauterin graviditet efter bilateral salpingektomi kun beskrevet en gang tidligere.

Bilateral salpingektomi opfattes almindeligvis som en definitiv hindring for spontan reproduktion. Ikke desto mindre kan der her berettes om en kvinde, der spontant blev gravid trods tidligere foretaget bilateral salpingektomi.

## Sygehistorie

En 39-årig kvinde, som havde diabetes type 1, blev henvist til gynækologisk akutklinik på mistanke om ekstrauterin graviditet. Kvinden klagede over underlivssmerter og havde haft to måneders menostasi, som hun selv havde tolket som værende stressbetinget. Desuden havde kvinden haft svært ved at styre en ellers velreguleret diabetes. Egen læge fandt positiv urin-humant choriongonadotropin og henviste til akut vurdering på grund af kvindens gynækologiske anamnese.

Kvindens anamnese begyndte i 1989, hvor hun blev akut indlagt med en rumperet ekstrauterin graviditet i venstre salpinx. Hun havde på dette tidspunkt anvendt spiral som anti-konception. Kvinden blev behandlet laparoskopisk med venstresidig total salpingektomi. Kvinden opnåede herefter i 1995 og 2001 to på hinanden følgende spontane graviditeter, som begge endte i normal vaginal fødsel af raske børn. I 2004 blev kvinden igen indlagt med akut abdomen, og ved diagnostisk laparoskopi fandtes en igangværende tubar abort i den til-

Ultralydskanning af et intrauterint foster.



bageværende højre salpinx. I operationsbeskrivelsen var det noteret, at venstre salpinx var fjernet. Kvinden havde præoperativt tilkendegivet, at hun ikke ønskede flere børn, og da salpinx heller ikke fandtes egnet til bevarelse, blev der foretaget højresidig total salpingektomi. Fjernelsen af højre salpinx med abortvæv blev efterfølgende konfirmeret histologisk.

Ved kvindens aktuelle undersøgelse på en gynækologisk akutklinik var uterus forstørret, og ved ultralydskanning blev en uventet intrauterin graviditet konstateret. Der fandtes et foster med fosterhjerteraktion og en hoved-hale-længde på 46 mm svarende til en gestationsalder på 11 uger + 3 dage. Graviditeten var selvsagt ikke planlagt og efter overvejelse ej heller ønsket. Kvinden besluttede sig for kirurgisk abort, hvilket blev foretaget ukompliceret. Kvinden blev tilbudt en diagnostisk laparoskopi med pertubation med methylenblåt med henblik på kortlægning og lukning af en eventuel fistel. Kvinden ønskede imidlertid ikke yderligere udredning, og efter præventionsvejledning enedes ægteparret om mandlig sterilisation som fremtidig prævention.

## Diskussion

Ved søgning i MEDLINE i engelsksproget litteratur blev der kun fundet et tidligere beskrevet tilfælde af vital spontan intrauterin graviditet hos en kvinde, der var bilateralt salpingektomeret [1]. Desuden blev der fundet en kasuistik om en spontant opstået, men tidligt tilgrundgået intrauterin graviditet efter bilateral salpingektomi [2]. Ligeledes blev der fundet der tre rapporter om ektopisk graviditet efter in vitro-ferertilisation trods bilateral salpingektomi [3-5]. I alle artiklerne behandles spørgsmålet om mulige kommunikationsveje mellem uterinkaviteten og ovarierne. Kun i en artikel [3] blev der fremsat objektive holdepunkter for, at det befrugtede æg kunne have passeret salpingektomistedet, hvor en histologisk verificeret fistel beklædt med endometrium skabte passage mellem uterus og ovarier. Det fremføres, at fisteldannelsen kunne skyldes elektrokoagulation på salpingektomistedet, idet elektrokoagulation forårsager tryknekrose, inflammation og nedsat blodgennemstrømning, som kunne danne grundlag for dårlig sårheling og mulighed for fisteldannelse [3]. Om dette har været tilfældet hos vores patient, kan der kun gisnes om, da der ikke blev foretaget yderligere undersøgelser. På grund af sagens særdeles sjældne karakter findes der ikke grund til at ændre i metoden med elektrokoagulation ved salpingektomi.

Korrespondance: Anne Bang, Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre.  
E-mail: annebang@sol.dk

Antaget: 4. februar 2008  
Interessekonflikter: Ingen

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

## Litteratur

1. Zayed FFM. Four spontaneous intrauterine pregnancies following right and left salpingectomies for ectopic pregnancies. *J Obst Gyn* 1997;17:369-70.
2. Bollapragada S, Bandyopadhyay S, Serle E et al. Spontaneous pregnancy after bilateral salpingectomy. *Fert Ster* 2005;83:767-8.
3. Hsu CCH, Yang TT, Hsu CT. Ovarian pregnancy resulting from corneal fistulae in a woman who had undergone bilateral salpingectomy. *Fert Ster* 2005;83:205-7.
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. Fisch B, Peled Y, Kaplan B et al. Abdominal pregnancy following in-vitro fertilization in a patient with previous salpingectomy. *Obstet Gynecol* 1996;88: 643-4.

# Registrering af præhabilitering inden planlagt operation

Forsknings- og centerleder Hanne Tønnesen & ledende overlæge Benn R. Duus

Bispebjerg Hospital, Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse/WHO Collaborating Centre for Evidencce-Based Health Promotion og Ortopædkirurgisk Afdeling M

Resultaterne af nyere forskning har vist, at præhabilitering i form af præoperativ sygdomsforebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering har en signifikant betydning for operationsresultatet. Risikoen for komplikationer, reoperationer samt forlængede indlæggelses- og genoptræningsforløb kan redu-

ceres betydeligt ved hjælp af evidensbaserede præhabiliteringsprogrammer.

Det gælder f.eks. 6-8 ugers intervention ved daglig rygning og fire uger ved skadeligt alkoholforbrug [1, 2]. Desuden kan der være behov for optimering af behandlingen af kroniske medicinske sygdomme - netop for at nedsætte risikoen for udvikling af komplikationer etc. [3]

Hvis den elektive patient skal tilbydes det bedste evidensbaserede kirurgiske forløb, vil det derfor ofte inkludere en præoperativ behandlingsperiode, der kan strække sig ud over ventetidsgarantien på en måned. Ved livstruende sygdomme, som f.eks. aggressive kræftformer, kan gevinsten ved hurtigt at operere ofte opveje den øgede risiko for ekstra komplika-

**Tabel 1.** Registreringskoder for ventestatus og præhabilitering. **A.** Koder for ventestatus [5]; kode 21 og 24 anvendes i forbindelse med præhabilitering. **B.** Registrering af præhabilitering vha. de 15 enkle forebyggelseskoder.

<b>A</b>			
Kode nr.	Tilhørende kodetekst	Kode nr.	Tilhørende kodetekst
11	Ventende på udredning	21	Ikke ventende, på udredning/ behandling
12	Ventende på behandling	22	Ikke ventende, til kontrol
13	Ventende på omvisitering til andet afsnit	23	Ikke ventende, efter patientens eget ønske
14	Ventende pga. manglende oplysninger	24	Ikke ventende, pga. udredning/ behandling på andet afsnit
15	Ventende på assistance	25	Ikke ventende, under behandling (kun amb.)
		26	Ikke ventende, under behandling (kun amb.)
<b>B</b>		<b>Intervention, rehabilitering, efterbehandling, præhabilitering vedrørende</b>	
<b>Forebyggelsessamtale, motiverende samtale, motiverende interviewteknik og korttids-intervention vedrørende</b>			
Rygning	BQ FS 01	Rygestop	BQ FT 01
Skadeligt alkoholforbrug	BQ FS 02	Alkoholintervention	BQ FT 02
Ernæringsproblemer	BQ FS 03	Ernæringsintervention	BQ FT 03
Fysisk inaktivitet	BQ FS 04	Træning	BQ FT 04
Psykosociale forhold	BQ FS 05	Psykosocial intervention	BQ FT 05
Anden risikoadfærd	BQ FS 06	Medicinsk efterbehandling	BX AB 0
		Patientundervisning	BV DY 04
Integreret samtale ved kombinerede risici	BQ FS 19	Integreret program ved kombinerede risici	BQ FT 19