

# Spontan kombineret intra- og ekstrauterin graviditet

## En sjælden årsag til akutte abdominalsmerter

Reservelæge Mette Blohm Kühnell,  
reservelæge Gitte Ørtoft Jensen &  
overlæge Hans Jørgen Hynding Knudsen

Randers Centralsygehus, Organkirurgisk Afdeling

Samtidig intra- og ekstrauterin graviditet kaldes heterotrop graviditet (HG). Ved akutte abdominalsmerter hos fertile kvinder med normal intrauterin graviditet overvejes initialt nongynækologiske diagnoser. Vi gennemgår sygehistorien om en kvinde med spontan kombineret intra- og ekstrauterin graviditet, hvor de første symptomer var abdominalsmerter.

### Sygehistorie

En 36-årig kvinde med ønsket spontan graviditet i tiende uge blev indlagt akut på en organkirurgisk afdeling grundet pludselige kraftige nedre abdominale smerter. Kvinden havde tidligere født et rask barn ved en ukompliceret vaginal fødsel og havde ingen anamnese med underlivsinfektioner eller operative indgreb. På grund af milde, diffuse mavesmerter havde kvinden 14 dage forinden ved vaginal ultralydskanning fået konstateret normal intrauterin graviditet. Hun havde forud for indlæggelsen haft to døgn med let diaré – andre familie-medlemmer havde lignende symptomer.

En gynækologisk undersøgelse med vaginal ultralydskanning viste intrauterin graviditet ni uger + to dage med et levende foster, der var ingen fri væske i fossa Douglasi.

Kvinden blev hurtigt alment påvirket med faldende blodtryk, og der blev foretaget akut laparotomi på mistanke om perforeret appendix. Man fandt hæmoperitonæum og en rumperet ekstrauterin graviditet, der blev fjernet ved salpingektomi. Uterus var forstørret til uge 10-11, men blød af konsistens. Det postoperative forløb var ukompliceret.

Det intrauterine foster blev forløst ved elektiv sectio i uge 40 pga. vaginal hæmatom. Mor og barn var efter fødslen velbefindende.

### Diskussion

Spontan HG er sjældent og er estimeret til en ud af 30.000 graviditeter [1]. Antallet af HG er stigende på grund af det øget antal assisterede reproduktioner, hvor hyppigheden estimeres til at være en ud af 100 graviditeter [1-3]. Andre risikofaktorer er endometriose, ineffektiv tubafunktion, tidligere infektion eller ekstrauterin graviditet [1, 2].

Sikre diagnostiske ultralydfund er ekstrauterin gestations-sæk med blommesæk eller et foster [4]. Positiv graviditetstest og en noncystisk udfyldning, der er sikkert adskilt fra ovariet har en 83-95% prognostisk værdi for ekstrauterin graviditet [4].

Moderat til store mængder fri væske i fossa Douglasi har en prognostisk værdi på 50-80% [4]. Samtidig tilstedeværelse af de to sidstnævnte fund har en prognostisk værdi på 94% [4]. Vurderingen af ultralydfund besværliggøres dog betydeligt af en samtidig intrauterin graviditet.

Serielle målinger af humant chorion gonadotropin giver ikke basis for en diagnose, men kan kun anvendes vejledende [2-4]. De fleste tilfælde af HG diagnosticeres i den akutte fase ved laparoskopi/laparotomi, hvorved den ekstrauterine komponent ofte kan fjernes ved salpingektomi. Nyere behandlingsformer er injektion af kaliumklorid i gestationssækken [3]. I en enkelt rapport har man vist succesfuld behandling af interstitiel hjørnegraviditet med lokal injektion af en lille dosis methotrexat uden påvirkning af den intrauterine graviditet [5].

Hæmoragisk shock er en livstruende tilstand, der signifikant reducerer overlevelsen af det intrauterine foster. Hurtig diagnostik og intervention er vigtig.

Reece fandt, at efter laparotomi fødte 75,6% fosteret i den tilbageblevne intrauterine graviditet, til termin, 16,2% fødte præterm, 2,7% af tilfældene endte med foetus mortus og 5,4% med spontan abort [1]. Dette er i overensstemmelse med resultaterne i andre studier [2, 3].

### Konklusion

Incidensen af HG er stigende eftersom et øget antal graviditeter er induceret ved hjælp af assisteret reproduktion. HG skal overvejes i den tidlige graviditet hos kvinder, der har akutte abdominalsmerter. Ultralydsverificeret intrauterin graviditet udelukker således ikke en ekstrauterin graviditet. Tidlig diagnose og intervention formindsker morbiditeten og mortaliteten for moderen og fosteret i den intrauterine graviditet.

Korrespondance: *Mette Blohm Kühnell*, Frederiksgade 69, 2. DK-8000 Århus C. E-mail: [mette.kuhnell@mail.dk](mailto:mette.kuhnell@mail.dk)

Antaget: 16. januar 2004  
Interessekonflikter: Ingen angivet

### Litteratur

1. Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF et al. Combined intrauterine and extrauterine gestations. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:323-30.
2. Svare J, Norup P, Thomsen SG et al. Heterotropic pregnancies after in-vitro fertilization and embryo transfer – a Danish survey. *Hum Reprod* 1993;8: 116-8.
3. Marcus SF, Macnamee M, Brinsden P. Heterotropic pregnancies after in-vitro fertilization and embryo transfer. *Hum Reprod* 1995;10:232-6.
4. Dart RG. Role of pelvic ultrasonography in evaluation of sumpomatic first-trimester pregnancy. *Ann Emerg Med* 1999;33:312-20.
5. Oyawoye S, Chander B, Pavlovic B et al. Heterotopic pregnancy: successful management with aspiration of corneal/interstitial gestational sac and instillation of small dose of methotrexate. *Fetal Diagn Ther* 2003;18:1-4.