

21. Viktrup L, Rortveit G, Lose G et al. Risk of stress urinary incontinence 12 years after the first pregnancy and delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108:248-54.
22. FitzGerald MP, Graziano S. Anatomic and functional changes of the lower urinary tract during pregnancy. *Urol Clin North Am* 2007;34:7-12.
23. Østergaard J, Langhoff-Roos J, Møller LM. Post partum-urinretention. *Ugeskr Læger* 2010;172:528-33.
24. Ismail SI, Emery SJ. The prevalence of silent postpartum retention of urine in a heterogeneous cohort. *J Obstet Gynaecol* 2008;28:504-7.
25. Yip SK, Sahota D, Chang AM et al. Four-year follow-up of women who were diagnosed to have postpartum urinary retention. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:648-52.
26. McCormick T, Ashe R, Kearney P. Urinary tract infection in pregnancy. *Obstet Gynaecol* 2008;10:156-62.
27. Schnarr J, Smaill F. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections in pregnancy. *Eur J Clin Invest* 2008;38(suppl 2):50-7.
28. Kass EH. Prevention of non-infectious disease by detection and treatment of infections of the urinary tract. *J Chronic Dis* 1962;15:665-73.
29. Mittendorf R, Williams MA, Kass EH. Prevention of preterm delivery and low birth weight associated with asymptomatic bacteriuria. *Clin Infect Dis* 1992;14:927-32.
30. Chen YK, Chen SF, Li HC et al. No increased risk of adverse pregnancy outcomes in women with urinary tract infections: a nationwide population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:882-8.
31. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen, <http://www.sst.dk/publ/Publ2009/CF/gravide/Svangreomsorgen.pdf> (4. marts 2011).
32. Guinto VT, De GB, Festin MR et al. Different antibiotic regimens for treating asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;9:CD007855.
33. Mignini L, Carroli G, Abalos E et al. Accuracy of diagnostic tests to detect asymptomatic bacteriuria during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2009;113:346-52.
34. Smaill F, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;2:CD000490.
35. Sioutis D, Economou E, Lambrinoukaki I et al. Sp1 collagen I A1 polymorphism in women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2011;22:835-9.
36. Campeau L, Gorbachinsky I, Badlani GH et al. Pelvic floor disorders: linking genetic risk factors to biochemical changes. *BJU Int* 2011;108:1240-7.
37. Hay-Smith J, Morkved S, Fairbrother KA et al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;4:CD007471.
38. <http://www.rcog.org.uk/> (1. april 2011).

## Ti-kilo-ovariecyste hos 13-årig

Marie Kirk Christensen & John Gade

Ovariecyster er oftest symptomløse, men når de giver symptomer, er det hyppigst i form af ubehag, smerter, uregelmæssig menstruation og øget abdominalomfang [1]. Ved blødning inde i cysten, ruptur eller torsion af ovariet ses de som akut abdomen.

### SYGEHISTORIE

En 13-årig pige kom til modtagelsen med pludseligt opståede smerter i venstre hypochondrium. Patienten havde i løbet af det foregående halve år ufrivilligt taget ca. 10 kg på og havde fået et betydeligt øget abdominalomfang på trods af kostomlægning og motion. Patienten var ikke seksuelt aktiv og havde haft regelmæssige menstruationer igennem de seneste to år. På diagnosetidspunktet kunne hun næsten ikke bøje sig forover. Patienten havde flere gange søgt læge på grund af uspecifikke gener. Rygggener, øvre dyspepsi, episoder med stikkende abdominalsmerter og tiltagende dårligere psyke forårsaget af besværet fysik og mobning i takt med mavens øgede omfang.

Objektivt fandtes en normalt proportioneret pige med slanke arme og ben samt et stort udspilet abdomen i karakteristisk æbleform.

Blodprøver viste cancer antigen (CA)-125 på 39 kE/l, mens øvrige værdier var normale. En undersøgelse for plasma-humant choriongonadotropin var negativ. En ultralydskanning viste en stor intraabdominal multilobulær cystedannelse. Supplerende magnetisk resonans-skanning viste en ovariecyste,

der udgik fra venstre ovarie og målte 27 × 37 × 17 cm. Desuden fandt man højresidig hydronefrose forårsaget af kompression mod ureter.

Patienten blev efterfølgende opereret med laparotomi på et andet sygehus, hvor ovariecysten inklusive hele venstre ovarie og salpinx blev fjernet fuldstændigt i et stykke med en vægt 10,3 kg (Figur 1). Der blev i øvrigt fundet normale makroskopiske forhold intraabdominalt uden tegn til spredning eller indvækst.

Ved en patologisk undersøgelse påviste man et mukøst cystadenom med *borderline*-forandringer. Der blev planlagt ambulans samtale og ultralydsskanning hver tredje måned, men ingen efterbehandling.

Efter ca. et halvt år var pigen igen fysisk velbefindende og i gang med skole og fritidsaktiviteter. Sygdomsforløbet havde dog nogle psykiske eftervirkninger.

### DISKUSSION

Ovariecyster hos yngre kvinder er almindeligt forekommende, men den præcise incidens er ukendt. Cysterne udgør imidlertid mindre end 2% af alle tumorer hos piger under 16 år [2], og langt de fleste er benigne [3]. Maligne ovariecyster hos børn er sjældne. Ved en gennemgang af 1.700 forskellige tilfælde af ovarieneoplasmer hos unge kvinder under 20 år fandt man, at godt 4,5% af de cyster, der udgik fra overfladeepitelet, var maligne [4].

### KASUISTIK

Kirurgisk Afdeling,  
Regionshospitalet Viborg


**FIGUR 1**

Magnetisk resonans-skanningsbillede af den 10 kg tunge ovariecyste.



Fysiologiske og funktionelle cyster udgør hver især 25%, mens de neoplastiske cyster, både benigne og maligne, udgør de resterende 50% [5]. 60% af cysterne udgår fra ovariets overfladeepitel. De er oftest af serøs eller mukøs type. Malignitet i disse cyster ses oftest hos midaldrende og ældre kvinder [2]. Desuden findes der en *borderline*-type, som er malign uden invasivt potentiale. Særligt de mukøse cystadenomer har ofte opnået en betragtelig størrelse på diagnostetidspunktet [5]. Den anden store gruppe af ovariecyster er germinalcelletumorer, hvoraf 95% udgøres af teratomer.

Ved en literaturgennemgang i 2001 af 1.810 unge kvinder med neoplastiske ovarielæsioner blev der kun fundet seks mukøse cystadenomer [4].

I en opgørelse over 119 piger med ovariecyster

fundt man cyster på op til 8 cm, der for det meste opløste sig selv igen. Kirurgisk intervention ved symptomløse cyster er fundet indiceret, hvis cysten stadig findes efter mindst 2-3 menstruationscykler eller evt. længere [1]. Fjernelse af ovariet og salpinx er ofte suffiçient behandling.

Måling af CA-125 er sammen med gynækologisk undersøgelse og vaginal ultralydskanning et redskab til at adskille benigne fra maligne ovarietumorer.

Selvom store og behandlingskrævende ovariecyster er sjældne hos helt unge piger, er det en vigtig differentialdiagnose at have in mente til for eksempel fedme ved stort abdominalomfang.

Konsekvensen af at overse cysterne kan være både fysiske og psykiske påvirkninger hos patienterne. Der kan ud over risikoen for at overse cancer blandt andet være påvirket nyrefunktion efter ureterobstruktion og hydronefrose samt psykiske gener som følge af et abnormt udseende og deraf følgende mobning.

**KORRESPONDANCE:** Marie Kirk Christensen, Kirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Viborg, Heibergs Allé 4, 8800 Viborg. E-mail: mariekirk@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 14. september 2011

**FØRST PÅ NETTET:** 14. november 2011

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

**TAKSIGELSE:** Lise Gammelgaard, Billeddiagnostisk Afdeling, Regionshospitalet Viborg, takkes for hjælp med magnetisk resonans-skannings-billedet.

#### LITTERATUR

1. Brandt ML, Helmrath MA. Ovarian cysts in infants and children. *Sem Ped Surg* 2005;14:78-85.
2. Paran TS, Mortell A, Devaney D et al. Mucinous cystadenoma of the ovary in perimenarchal girls. *Pediatr Surg Int* 2006;22:224-7.
3. Silva KSH, Kanumakala S, Grover SR et al. Ovarian lesions in children and adolescents – an 11-year review. *J Ped Endocrin Metabol* 2004;17:951-7.
4. Flotho C, Rückaur K, Duffner U et al. Mucinous cystadenoma of the ovary in a 15-year-old girl. *J Pediatr Surg* 2001;36:3E6.
5. Wootton-Gorges SL, Thomas KB, Harned RK et al. Giant cystic abdominal masses in children. 2005;35:1277-88.

## AKADEMISKE AFHANDLINGER



Tove Filtenborg Tvedskov:

### Staging of women with breast cancer after introduction of sentinel node guided axillary dissection

Ph.d.-afhandling

**E-MAIL:** tft@dadlnet.dk

**UDGÅR FRA:** Brystkirurgisk Sektion, Klinik for Plastikkirurgi, Brystkirurgi og Brandsårsbehandling, Rigshospitalet.

**FORSVARET FINDER STED:** den 3. maj 2012, kl. 14.00, auditorium 1, Rigshospitalet, København.

**BEDØMMERE:** Christian Ingvar, Lund, Sverige, og Peer Christiansen.

**VEJLEDERE:** Nils Kroman, Eva Balslev og Nils Brünner.



Asger Granfeldt:

### Organ dysfunction following regional and global ischaemia/reperfusion

Ph.d.-afhandling

**E-MAIL:** granfeldt@gmail.com

**UDGÅR FRA:** Anæstesiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital.

**FORSVARET FINDER STED:** den 3. maj 2012, kl. 15.00, DNC Auditoriet, bygn. 10G, Nørrebrogade 44, Aarhus Universitetshospital, Aarhus.

**BEDØMMERE:** Terry L. Vanden Hoek, Chicago, USA, Sten Rubertsson, Uppsala, Sverige, og Hans Kirkegaard.

**VEJLEDERE:** Else K. Tønnesen, Jakob Vinten-Johansen, Atlanta, USA, Lise Wogensen Bach og Christoffer Sølling.