

Histologisk karakteriseres polyppen ved at være opbygget af kirtler med varierende grader af atypi uden malignitetskarakteristika. Stromaet er myofibromatøst med rigelig glat muskulatur arrangeret i korte fascikler. Typisk ses skvamøs metaplasia (moruladannelse) af epitelet evt. med nekrose.

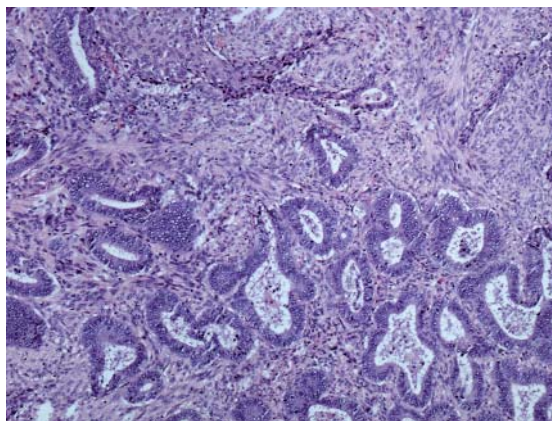
Endometriepolypper kan være vanskelige at diagnosticere, især i *currettage*-materiale. Dette gælder også for APA, hvor kirtler, der har atypisk kompleks hyperplasi og er beliggende i et myofibromatøst stroma, kan forveksles med myometriinvasion af et højtdifferentieret endometrioidt adenokarcinom [4]. Ved APA ses der dog ingen tegn på stromal invasion, og den stromale muskelkomponent består af korte fascier i modsætning til det normale myometrium, som er opbygget af lange muskelbundter. Supplerende forhold, som tyder på APA er, at der er tale om en polypøs proces hos en relativt ung patient. Den endelige diagnose fås ved histopatologisk undersøgelse [5].

Der kan forekomme kompleks hyperplasi og varierende grader af atypi ved APA. Det er omdiskuteret, om der er set malign omdannelse af APA til adenokarcinom [5]. I andre sjældne tilfælde er der set adenokarcinom i association med APA [1].

Kvinder, der har APA, har en øget risiko på gennemsnitligt 8,8% for udvikling af endometrie-cancer, hvilket er ti gange højere end risikoen for at få endometriepolypper i øvrigt [2].

Hos postmenopausale kvinder og kvinder uden fertilitetsønske bør man, som i tilfældet her, pga. risiko for progression til cancer foretage hysterektomi, især ved recidiv og kraftige blødninger. Hos kvinder, som har fertilitetsønske, er behandlingen almindeligvis *currettage* og tæt kontrol [5].

FIGUR 1



Atypisk polypoidt adenomyom, myofibromatøst stroma med irregulære tætliggende endometrikirtler beklædt med et flerradet epitel med let atypi. Der ses moruladannelse.

Vi opfordrer til, at man ved fund af endometriepolypper har APA in mente, da det en sjælden gang kan være en differentialdiagnose til maligne tilstande i uterus.

**KORRESPONDANCE:** Margrethe Foss Hansen, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Næstved Sygehus, Ringstedgade 61, 4700 Næstved.  
E-mail: margrethefoss@hotmail.com

**ANTAGET:** 22. november 2011

**FØRST PÅ NETTET:** 23. januar 2012

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

#### LITTERATUR

- Chhieng DC, Elgert PA, Cangiarella JC et al. Cytology of polypoid adenomyomas: a report of two cases. *Diagn Cytopathol* 2000;22:176-80.
- Heatley MK. Atypical polypoid adenomyoma: a systematic review of the English literature. *Histopath* 2006;48:609-10.
- Tziortziotis D, Mortakis A. Atypical polypoid adenomyoma of the uterus. *J Obstet Gynaecol* 1997;17:110-1.
- Tavassoli FA, Devilee P. WHO Classification of tumours. Tumours of the breast and female genital organs. I: McCluggage, WG, Haller U, Kurman RA et al. Mixed epithelial and mesenchymal tumours. Lyon: IARC Press, 2003:249.
- Ramos P, Valenzuela P, Santane A et al. Atypical polypoid adenomyoma of the uterine cervix. *J Obstet Gynecol* 2003;23:319-21.

## Efterforløbet af molagraviditet kompliceret af ovarielet hyperstimulationssyndrom

Marie Diness & Lisbeth Nilas

Ovarielet hyperstimulationssyndrom (OHSS) ses oftest som iatrogenet induceret i forbindelse med anvendelse af gonadotropiner i fertilitetsbehandling. Patofysiologien er delvist ukendt. Den vaskulære permeabilitet øges, og væskeskift fra det intra- til det ekstravaskulære rum fører til hypovolæmi og hæmo-

koncentration. I lette tilfælde ses der forstørrede polycystiske ovarier og gastrointestinale gener; i svære tilfælde ses der elektrolytforstyrrelser, hydrothorax, ascites, nyresvigt og koagulationsforstyrrelser. OHSS kan være livstruende. Spontan OHSS ved molagraviditet er sjældent og kun kasuistisk beskrevet [1, 2].

#### KASUISTIK

Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling, Hvidovre Hospital

 FIGUR 1

Makroskopisk fotografi af en komplet mola med blærer, der måler op til 15 mm. Billedet er venligst udlånt af Anne Gernow, Patologisk Afdeling, Hvidovre Hospital.



Mola hydatidosa skyldes en abnorm befrugtning med to sæt paternelle og eventuelt et ekstra sæt materielle kromosomer. Histologisk kan mola inddeles i komplet, der oftest er diploid, og partiel, der oftest er triploid. Makroskopisk ses der blæredannelse af villi chorii (Figur 1). Ved partiel mola kan der ses fosteranlæg, der oftest vil være svært misdannet. Vi præsenterer en sygehistorie med spontant OHSS efter en afsluttet graviditet, der histologisk viste partiel mola.

### SYGEHISTORIE

En 29-årig kvinde med en spontan graviditet fik foretaget nakkefoldsskanning af fosteret ved gestationsalder (GA) 11 uger + 4 dage. Der sås et levende foster på 51 mm med normal nakkefold og ingen tegn på mola. Risikoberegning for trisomi 21 var 1:256. Moderkagebiopsien viste triploidi 69,XXY. En ultralydundersøgelse ved GA 14 uger + 5 dage viste forstørrede cystiske ovarier, der målte hhv. 76 × 62 × 72 mm og 90 × 54 × 85 mm. Graviditeten blev afbrudt

ved GA 15 uger + 0 dage med mifepriston og misoprostol og efterfølgende evacuatio uteri. En histologisk undersøgelse viste partiel mola.

To dage efter blev patienten indlagt med mavesmerter. Abdomen var udspilet, uterus velkontraheret, og patienten var afebril. En ultralydundersøgelse viste væske i fossa Douglasi og bilaterale polycystiske ovarier hver med en diameter på 14 cm. Patienten responderede på behandling med laksantia og blev udskrevet efter to dage. Tre dage senere blev hun genindlagt pga. tiltagende mavesmerter, kortåndethed og ødemer. Ved fornyet ultralydundersøgelse sås der 1 l ascites, uændrede store polycystiske ovarier og en tom uterinkavititet. Blodprøver viste hyponatriæmi, hypoalbuminæmi og faldende serum (S)-humant choriongonadotropin (hCG)-værdier fra 151.000 til 5.220 IE/l. Østradiolkoncentrationen var > 13.000 pmol/l (midtcyklus 240-2.400 pmol/l), cancerantigen (CA)-125 var 1.340 kIE/l (< 35), og flere androgenmetabolitter var svært forhøjede (Tabel 1). På mistanke om OHSS blev patienten behandlet med intravenøst indgivet væske, diuretika, smertestillende midler og tromboseprofylakse. En røntgenundersøgelse af thorax viste normale forhold. Symptomerne aftog gradvist, og patienten blev udskrevet ni dage efter genindlæggelsen. Fire måneder senere var alle blodprøverne og ovarierne normale.

### DISKUSSION

Høje S-hCG-værdier, som ofte ses ved mola, menes at være et led i OHSS-patogenesen, enten direkte eller indirekte via øget produktion af vasoaktive substanser. Hos patienten i sygehistorien tiltog symptomerne på OHSS trods faldende S-hCG-værdier, hvilket tydede på, at høj S-hCG i sig selv ikke er den eneste betydende faktor. I litteraturen findes tilsvarende, at teorien om vasoaktive substanser udløst af høj S-hCG-koncentrationen ikke alene kan forklare OHSS. Ætiologien menes at være multifaktoriel og er fortsat delvist ukendt [1-3]. Genmutationer i receptoren for det follikelstimulerende hormon, der øger følsomheden for S-hCG, er en mulig patofysiologisk faktor i nogle tilfælde af spontant OHSS [2]. Patienten i sygehistorien havde svært forhøjet koncentration af CA-125, der – omend den er uspecifik – anvendes som tumormarkør for ovariecancer.

Scarpellini & Scarpellini har beskrevet korrelation mellem højt CA-125-niveau og risiko for udvikling af OHSS hos kvinder, der var i gonadotropinbehandling [4]. Højt CA-125-niveau ved OHSS bør således ikke forveksles med malignitet. Forhøjede androgen-niveauer er beskrevet ved OHSS efter trofoblastsygdom og blev her tilskrevet øget ovariel produktion i thecaluteincellerne [5]. Hos patienten i sygehisto-

 TABEL 1

Androgenstatus for patienten i sygehistorien. Serumværdier, nmol/l.

Parameter	Under første indlæggelse	Fire måneder efter sidste udskrivelse	Referenceinterval for kvinder i fertil alder
Totaltestosteron	4,94	1,01	0,55-1,80
Testosteron (frit)	0,008	0,011	0,006-0,034
Seksuallhormonbindende globulin	567	91	41-170
Androstendion	18,0	4,5	2,4-8,9
Dehydroepiandrosteronsulfat	1.800	4.800	1.200-9.500
Dihydrotestosteron	1,68	0,91	0,25-1,20

rien bidrog en høj koncentration af seksuallhormonbindende globulin til den høje totale testosteronkoncentration, hvilket indikerer, at andre mekanismer kan være involveret. OHSS udviklede sig gradvist i dagene efter aborten, og sygehistorien understreger vigtigheden af en grundig anamneseoptagelse, så ny lig graviditet, abort eller fertilitetsbehandling afdækkes. OHSS skal have i mente som en sjælden, men potentielt farlig diagnose hos en fertil kvinde med mavesmerter, ødemer og dyspnø. Der bør henvises til udredning og understøttende behandling på en gynækologisk afdeling. Operation på mistanke om malignitet pga. de store ovarier, ascites og forhøjet CA-125 bør undgås.

**KORRESPONDANCE:** Marie Diness, Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling, Hvidovre Hospital, Kettegård Allé 30, 2650 Hvidovre. E-mail: diness@hotmail.com

**ANTAGET:** 22. november 2011

**FØRST PÅ NETTET:** 23. januar 2012

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

#### LITTERATUR

1. Ludwig M, Gembruch U, Bauer O et al. Ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS) in a spontaneous pregnancy with fetal and placental triploidy: information about the general pathophysiology of OHSS. *Hum Reprod* 1998;13:2082-7.
2. Strafford M, Moreno-Ruiz N, Stubblefield P. Ovarian hyperstimulation syndrome in a spontaneous pregnancy with a complete hydatidiform mole. *Fertil Steril* 2009;92:395.
3. Michaelson-Cohen R, Altarescu G, Beller U et al. Does elevated human chorionic gonadotropin alone trigger spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome? *Fertil Steril* 2008;90:1869-74.
4. Scarpellini L, Scarpellini F. CA-125 and ovarian hyperstimulation. *Acta Eur Fertil* 1992;23:79-84.
5. Bevan BR, Savvas M, Jenkins JM et al. Abnormal steroid excretion in gestational trophoblastic disease complicated by ovarian theca-lutein cysts. *J Clin Pathol* 1986;39:627-34.

## Vellykket konservativ behandling efter knivtraume mod hjertet

Stian Wærsted<sup>1</sup>, Katrine Schou-Jensen<sup>2</sup>, Tim Jensen<sup>3</sup> & Jesper Steensberg<sup>3</sup>

Penetrerende læsioner af hjertet er en kritisk tilstand med stor dødelighed [1, 2]. Konservativ behandling er sjældent en mulighed ved disse læsioner. Her rapporteres om en femårig pige, som fik et penetrerende stiksår i hjertet, hvor det var muligt at nøjes med behandling med væsketerapi og antibiotika.

### SYGEHISTORIE

En femårig pige blev indbragt akut med en lægeambulance, efter at hun var faldet ned over en åben opvaskemaskine, hvor der i bestikbakken stod en grillkniv med spidsen opad. Kniven penetrerede thorax med indstikssted i epigastriet lige under processus xiphoideus. Ved lægens ankomst til skadestedet var kniven fjernet. Objektivt var patienten præshockeret, bleg, slap og somnolent. Dette skyldtes formodentlig primært en mindre perikardieansamling.

En ultralyd (UL)-undersøgelse ved modtagelsen på hospitalet viste væske i perikardiet.

Ved en computertomografi (CT) af thorax og abdomen blev det bekræftet, at der var hæmoperikardium, blod anteriort i mediastinum samt fri væske intraabdominalt med lækage langs med vena cava inferior og vena porta. Patienten var under det initiale forløb kredsløbsstabil og respiratorisk stabil på kontinuerlig infusion af saltvand, og hun blev overflyttet til en thoraxkirurgisk afdeling.

Her genfanndt man ved ekkokardiografi perikardieekssudat og desuden en ventrikelseptumdefekt (VSD) midtmuskulært (**Figur 1**). Kniven var gået gennem epigastriet og diafragma til perikardiet, havde perforeret højre ventrikels forvæg og var derefter gået gennem ventrikelseptum til venstre ventrikel.

Da pigen uændret var hæmodynamisk stabil og ikke havde andre skader i hjertet, afstod man fra operation og påbegyndte i stedet profylaktisk antibiotikabehandling. Efter to døgn opstod der febrilia, hvilket førte til skift af antibiotika til bredspektret behandling. Pogens tilstand bedredes, perikardieansamlingen aftog, og hun kunne udskrives i velbefindende efter syv dages indlæggelse.

Ti måneder efter hændelsen fik pigen, der stadig havde en lille rest VSD, tiltagende symptomer i form af dyspnø og træthed. Ved ekkokardiografi blev der nu konstateret en større mængde perikardieekssudat, hvilket var foreneligt med diagnosen postkardiotomi-syndrom. Der blev foretaget UL-vejledt drænage af ekssudatet. Pigen blev efterfølgende fulgt ambulantly i halvandet år efter indlæggelsen, og VSD'en var derefter lukket helt.

### DISKUSSION

I betragtning af den store dødelighed, der ses ved stiksår i hjertet, er det bemærkelsesværdigt, at patienten

### KASUISTIK

- 1) Panum Institutet
- 2) Urologisk Afdeling, Rigshospitalet
- 3) Børnehjerteafdelingen, Rigshospitalet