

midler Dansk Selskab for Patientsikkerhed viden på området.

**KORRESPONDANCE:** Elisabeth Brøgger Jensen, Dansk Selskab for Patientsikkerhed c/o afsnit 023, Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre

E-mail: Elisabeth.broegger.jensen@regionh.dk

**ANTAGET:** 21. februar 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

#### LITTERATUR

1. Mulighedernes samfund. Regeringsgrundlag. VK Regeringen III, 2007.
2. Brugernes Sundhedsvæsen – oplæg til en patientreform. Huset Mandag Morgen/Innovationsrådet i samarbejde med Patientforum, Danske Regioner og Oxford Health Alliance, 2007.

3. Dirckinck-Holmfeld K, Heslet L, red. Sansernes hospital. Arkitektens Forlag, 2007.
4. Ulrich R, Zimring C. The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a once-in-a-lifetime opportunity. Center for Health Design, 2004.
5. van der Glind I, de Roode S, Goossens A. Do patients in hospital benefit from single rooms? A literature review. Health Policy 2007;84:153-61.
6. Fremtidens patientstue. København: Rigshospitalet, 2008.
7. Gregory R. Single rooms: making the case for change. London: South Bank University, 2008.
8. Fejlkildeanalyser i sundhedsvæsenet. Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2005.
9. Framtidens hållbara vårdrum. EU Green Healthcare Øresund, 2008.
10. Evans J, Debajyoti P, Harvey T. Rethinking acuity adaptability. Healthcare Design Magazine, april 2008.

## Bilateral ekstrauterin graviditet

Reservelæge Ida Kirkegaard & afdelingslæge Christina Kruse

Ekstrauterin graviditet er en relativt hyppigt forekommende graviditetskomplikation, idet 1,1% af alle erkendte graviditeter i Danmark er ekstrauterine [1]. Bilateral ekstrauterin graviditet (BEG) er derimod meget sjældent forekommende. I Danmark er der således kun beskrevet to tidligere tilfælde i henholdsvis 1954 og 1984. Vi beskriver her et tilfælde af BEG hos en spontant gravid kvinde uden kendte risikofaktorer for BEG.

#### SYGEHISTORIE

En 33-årig kvinde blev henvist til Gynækologisk Afdeling med nedre abdominalsmerter. Tidligere gynækologisk rask, en provokeret abort for otte år siden, en normal fødsel for tre år siden. Nu spontant gravid med menostasi svarende til uge 6+4. Hun havde gennem nogle dage haft intermitterende venstresidige nedre abdominalsmerter, som nu var tiltaget, og der var forværring ved bevægelse. Der var sparsom vaginalblødning. Objektivt var patienten upåvirket, ved gynækologisk undersøgelse fandtes ømhed og peritonealreaktion over venstre adnex. Ved vaginal ultralydskanning fandtes en venstresidig ekstrauterin gestationssæk med en blommesæk (**Figur 1**) og desuden en moderat mængde fri væske i abdomen. Højre adnex var upåfaldende, og uterus var tom med normalt endometrium.

Der blev foretaget subakut laparoskopi dagen efter. Der var 200 ml blod i fossa Douglasi, og umiddelbart sås en graviditet i venstre tuba. Graviditeten blev fjernet ved salpingotomi. Ved efterfølgende rutinemæssig inspektion af højre adnex fik man mistanke om en graviditet svarende til fimbriaeapparatet. Ved

salpingotomi på højre side fjernedes dette graviditetslignende produkt, og begge produkter blev sendt til histologi i separate glas.

Kvinden blev udskrevet i velbefindende dagen efter og blev fulgt med serum-humant choriongonadotropin (hCG), der viste sufficient fald til umålelige værdier. Histologisvaret viste graviditetsvæv med villi chorii i begge glas, og bekræftede således diagnosen.

#### DISKUSSION

Ved gennemgang af litteraturen findes der på verdensplan omkring 200 cases, som omhandler BEG. De fleste tilfælde er beskrevet hos kvinder, der er ble-

#### KASUISTIK

Århus Universitetshospital, Skejby, Gynækologisk Obstetriske Afdeling

**FIGUR 1**

Venstresidig ekstrauterin graviditet med blommesæk.



vet gravide ved assisteret reproduktion. BEG er angivet med en incidens fra 1:725 til 1:1.580 af alle ekstrauterine graviditeter [2]. Incidensen ser ud til at være stigende, hvilket formentlig kan tilskrives et øget brug af assisteret reproduktion og en stigning i antallet af klamydiainfektioner. Risikoen for BEG er øget ved assisteret reproduktion herunder stimulation af ovulation og in vitro-fertilisering; tidligere sterilisation, refertilisation og anden tubakirurgi; tidligere ekstrauterin graviditet samt tidligere infektioner. Diagnosen BEG er svær at stille præoperativt, og ved gennemgang af tidligere cases viser det sig, at det er en diagnose, der stilles peroperativt. Der er angiveligt ingen forskel i forhold til unilateral ekstrauterin graviditet, hvad angår det kliniske billede og niveauet af serum-hCG, så ultralyd er den eneste undersøgelse, der potentielt kan muliggøre, at diagnosen stilles præoperativt, og dette kræver, at der er set en graviditet svarende til begge adnexae. Histopatologisk verifikation af villi chorii i begge graviditetsprodukter er dog det endegyldige kriterium for at verificere diagnosen [3].

Den aktuelle patient blev behandlet laparoskopisk med salpingotomi bilateralt, da man fandt begge tubae bevaringsværdige, og kvinden ønskede at bevare fertiliteten. Generelt adskiller behandlingsprincipperne for BEG sig ikke fra principperne for unilateral ekstrauterin graviditet [4]. Valget står således mellem operation ved laparoskopi eller laparotomi, medicinsk behandling med methotrexat eller ekspekterende behandling med monitorering af serum-hCG. Laparoskopi udgør den vigtigste behandlingsmåde og bør udføres i alle tilfælde, hvor dette er muligt, da det

giver mindre morbiditet postoperativt og størst mulighed for fertilitetsbevarende kirurgi i forhold til laparotomi. Valget står mellem udmalkning af graviditeten samt salpingotomi og salpingektomi, og dette valg afhænger af kvindens ønske om bevarelse af fertiliteten samt af patologien af tuba. Her understreges vigtigheden af at inspicere begge tubae, inden valget af behandlingsmetode træffes, da det kan have afgørende konsekvenser, hvis begge tubae er patologiske. Medicinsk behandling med methotrexat bliver sjældent iværksat som den primære behandling ved BEG, da diagnosen som nævnt hyppigst stilles peroperativt. Der er kun tidligere beskrevet et tilfælde, hvor succesfuld medicinsk behandling blev iværksat [5].

Denne sygehistorie illustrerer vigtigheden af altid at undersøge det forventede raske adnex og øvrige pelvine organer ved laparoskopisk operation for en ekstrauterin graviditet, idet fundet af en ekstrauterin graviditet ikke udelukker anden patologi i pelvis, herunder BEG.

**KORRESPONDANCE:** Ida Kirkegaard, Sdr. Ringgade 13 2. tv., DK-8000 Århus C.  
E-mail: idakirkegaard@ki.au.dk

**ANTAGET:** 29. februar 2008

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

#### LITTERATUR

1. www.lidegaard.dk/statistics (1. december 2007)
2. Ryan MT, Saldana B. Bilateral tubal ectopic pregnancy; a tale of caution. *Acad Emerg Med* 2000;7:1160-3.
3. Norris S. Bilateral simultaneous tubal pregnancy. *Cand Med Assoc J* 1953;68:379-81.
4. De Los Rios JF, Castaneda JD, Miryam A et al. Bilateral ectopic pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14:419-27.
5. Mock P, Olivennes F, Doumerc S et al. Simultaneous bilateral tubal pregnancy after intracytoplasmic sperm injection treated by conservative medical treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;94:155-7.

## Trombolysebehandling af gravid med lungeemboli

Læge Henriette H. Jensen, overlæge Kisten Sjøgaard, overlæge Peer Grande & overlæge Jens Langhoff-Roos

### KASUISTIK

Roskilde Sygehus, Gynækologisk Afdeling G, og Rigshospitalet, Obstetriske Klinik og Hjertemedicinsk Klinik B

Lungeemboli (LE) hos gravide er en sjælden, men alvorlig tilstand, som forekommer hos 1,3 ud af 10.000 gravide [1]. Der foreligger nye former for trombolyse, men ikke forsøg til belysning af effekten hos gravide med LE. Det er derfor vigtigt at få beskrevet behandlingsforløb med *recombinant tissue plasminogen activator* (rt-PA) i kasuistisk form.

### SYGHEHISTORIE

Sygehistorien omhandler en 33-årig, andengangsfø-

dende, der tidligere havde været sund og rask fraset en lungeemboli ti år tidligere under p-pille-behandling. Efterfølgende forelå en normal trombofiliscreening. I kvindens første graviditet fik hun profylaktisk behandling med lavmolekylært heparin (LMWH) og fødte ukompliceret til tiden. Kvinden var ikkeryger, havde et *body mass index* på under 25 kg/m<sup>2</sup> og dyrkede motion 2-3 gange ugentligt. I den aktuelle graviditet fik hun ikke behandling med LMWH. I graviditetsuge 29 fik hun akut indsættende vejrtrækningsbesvær.