

# Heterotop graviditet efter IVF-behandling med excision af rumperet interstitiel graviditet og senere kejsersnit nær termin

Jimmi Elers<sup>1</sup>, Helle Zingenberg<sup>1</sup>, Mette H. Bing<sup>1</sup> & Lene Paulsen<sup>2</sup>

## KASUISTIK

1) Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Herlev Hospital  
2) Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Nordsjællands Hospital

Ugeskr Læger  
2016;178:V07160486

Heterotop graviditet defineres som tilstedeværelse af intrauterin og ekstrauterin graviditet (EUG) samtidig og er en sjælden tilstand. Incidensen skønnes at være en ud af 30.000 spontane graviditeter og en ud af 100 graviditeter efter in vitro-fertilisation (IVF) ved oplægning af flere embryoner samtidig [1-3]. Det er en potentielt livstruende tilstand med betydelig maternel morbiditet og ved forsinket erkendelse også mortalitet. Risikofaktorer for EUG er assisteret reproduktion, tidligere salpinxkirurgi og tidligere underlivsbetændelse eller svær intraabdominal infektion. Prædilektionssteder for EUG er tuba, uterinhjørnet og cervix med aftagende hyppighed. Interstitielle graviditeter (graviditet i den intramurale del af salpinx) er ofte vanskeligere at detektere ultrasonisk end tubagraviditeter, hvilket kan medføre længere graviditetslængde inden ruptur og dermed større blødning ved ruptur. Ved større blødning og en præshockeret eller shockeret patient udføres

der oftere laparotomi på vital indikation og kileresection af uterinhjørnet med cicatrice i uterus med deraf følgende risiko for komplikationer ved kommende graviditeter.

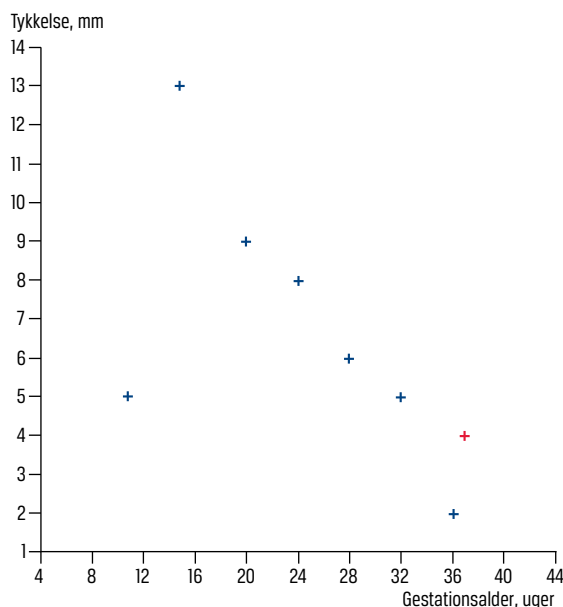
I denne kasuistik beskrives et forløb med heterotop graviditet efter IVF og akut operation med fjernelse af en rumperet og blødende interstitiel graviditet i tiende graviditetsuge og efterfølgende forløsning ved elektivt sectio (ES) ved gestationsalder (GA) 38 uger + 0 dage samt føtalmedicinske og obstetriske kontroller i svangerskabet.

## SYGEHISTORIE

En 39-årig kvinde, der var førstegangsgavid efter IVF foretaget i privat regi med oplægning af to embryoner, blev indlagt akut i tiende graviditetsuge med pludseligt opstået kraftige abdominalsmerter. Hun havde tidligere fået foretaget bilateral salpingektomi. En ultralydskanning dagen inden havde vist et levende intrauterint foster svarende til GA. Patienten var smertepåvirket, præshockeret og peritoneal. En *bedside*-ultralydskanning viste en intrauterin graviditet med levende foster og en gestationssæk med usikkert indhold

**FIGUR 1**

Tykkelse af uterinvæggen ved hjørnet i forhold til gestationsalder.



**FIGUR 2**

Ultralydbillede i 25. uge med en uterinvæg på 7,6 mm tykkelse i uterinhjørnet.



i højre uterinhjørne samt rigelig mængde fri væske i abdomen. Patienten blev substitueret med volumen og kørt til eksplorativ laparotomi. I abdomen fandt man 2 l frisk blod og koagler. Uterus var forstørret svarende til tiende graviditetsuge, og højre uterinhjørne var sæde for en rumperet blødende graviditet. Hjørnegraviditeten blev reseceret kileformet med diatermi, og myometriet blev lukket i to lag og pålagt fibrinogen/human trombin på det suturerede område. Peroperativt blev der givet blodtransfusion. Det postoperative forløb var ukompliceret, og der bestod en levende intrauterin graviditet ved udskrivelse. Patienten blev fulgt tæt i graviditeten med tilvækstskanninger og monitorering af uterinvægstykkelsen i det resecerede højre uterinhjørne. Der var fin fostertilvækst, men udtynding i uterinhjørnet fra 13,3 mm i 15. graviditetsuge til 3,8 mm ved GA 37 uger + 0 dage (**Figur 1** og **Figur 2**). Man fandt vaginal fødsel kontraindiceret pga. høj risiko for uterusruptur ved veer. Man planlagde ES ved GA 38 uger + 0 dage. Ved sectio fødtes en velskabt, levende dreng. Man så følger i det resecerede højre uterinhjørne med få mm tyndt fibrinbelagt myometrium og ingen blødning fra uterinhjørnet. Det postoperative forløb var ukompliceret, og man anbefalede forløsning ved ES ved en næste graviditet.

## DISKUSSION

Selvom der er tale om en sjælden tilstand, er sygehistorien vigtig, da den eksisterende litteratur om monitorering af fostertilvækst og uterinvægstykkelse i graviditeten er sparsom. I en lignende sygehistorie [4] er der beskrevet en gravid kvinde med heterotop graviditet i form af en intrauterin graviditet med levende foster og en medial tubagraviditet, også efter IVF. Denne patient blev indlagt akut med rumperet EUG i 12. graviditetsuge. Hun var hæmodynamisk stabil, og ved laparotomi fandt man et foster svarende til 12. graviditetsuge frit i abdomen og rumperet højre salpinx med blødning. Graviditeten med det levende intrauterine foster forløb ukompliceret, og der var normale forhold ved svangerkontroller, indtil hun blev indlagt i uge 33 med præterme veer, blev forløst ved sectio og fik en velskabt pige på knap 2 kg.

Sygehistorien viser, at selvom en gravid kvinde er blevet skannet dagen før, og man har fundet en levende intrauterin graviditet, er der risiko for heterotop graviditet. EUG kan, særligt ved IVF, således ikke udelukkes trods fund af en intrauterin graviditet, da der netop er oplagt to embryoner. Disse oplysninger bør måske følge hinanden – hvor mange fostre er der set, og hvor mange embryoner er der lagt op?

Endvidere viser sygehistorien, at ES kunne udføres nær termin ved GA 38 uger + 0 dage under tæt monitorering af fostertilvækst og uterinvægstykkelse i graviditeten. Det er velkendt, at risiko og sværhedsgrad af

neonatale komplikationer er betydeligt større ved præterm fødsel end ved fødsel til termin. Tæt opfølgning med ultralydskanning i graviditeten kan medvirke til, at det rette forløsningstidspunkt findes tættest muligt på terminen.

## SUMMARY

Jimmi Elers, Helle Zingenberg, Mette H. Bing & Lene Paulsen: Heterotopic pregnancy following in vitro fertilization with excision of ruptured cornual pregnancy and eventually caesarean section close to term  
Ugeskr Læger 2016;178:V07160486

We describe a rare case of heterotopic pregnancy following in vitro fertilization with transferring of two embryos in a 39-year-old woman with previous bilateral salpingectomy. An ultrasound examination was performed on the day before admission showing a vital intrauterine pregnancy and no ectopic pregnancy. The woman was admitted with a ruptured cornual pregnancy at ten weeks of gestation. Laparotomy was performed on vital indication with excision of the ruptured haemorrhagic cornual pregnancy. The intrauterine pregnancy continued uneventfully with obstetric and fetal medicine specialist monitoring. A healthy boy was delivered by elective caesarean section.

**KORRESPONDANCE:** Jimmi Elers. E-mail: jimmi.elers@regionh.dk

**ANTAGET:** 4. november 2016

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 26. december 2016

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Ebner T, Yaman C, Moser M et al. Embryo fragmentation in vitro and its impact on treatment and pregnancy outcome. *Fertil Steril* 2001;76:281-5.
2. Pan HS, Chuang J, Chiu SF et al. Heterotopic triplet pregnancy: report of a case with bilateral tubal pregnancy and an intrauterine pregnancy. *Hum Reprod* 2002;17:1363-6.
3. Habana A, Dokras A, Giraldo J et al. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1264-70.
4. Selvaraj P, Selvaraj K. Heterotopic pregnancy: rare occurrence of a 12-week ruptured right isthmo-cornual ectopic along with a viable intrauterine pregnancy. *J Hum Reprod Sci* 2012;5:223-5.