

Persisterende trofoblastvæv efter salpingektomi

Louise Stig Hornstrup, Bjarke Lunde Sørensen & Vicky Jenny Rebecka Wetterstrand

KASUISTIK

Gynækologisk/
obstetriske Afdeling,
Sjællands Universitets-
hospital, Roskilde

Ugeskr Læger
2017;179:V01170073

Ekstrauterin graviditet (EUG) forekommer i 1-2% af alle erkendte graviditeter [1]. Transvaginal ultralydskanning og måling af choriongonadotropin (hCG) i serum har muliggjort tidlig diagnosticering [2] og behandling, der hos patienter med sparsomme symptomer kan være medicinsk eller ekspekterende [3]. Ved operativ behandling er laparoskopi guldstandard. Der har været diskussion om, hvorvidt salpinxbevarende behandling (tubotomi) eller salpingektomi skulle anbefales. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi anbefaler, at man fjerner salpinx, da der derefter ikke er risiko for persisterende trofoblastvæv (PT) eller nedsat spontan fertilitetsrate i en kommende graviditet [4].

SYGHEHISTORIE

En 32-årig gravid kvinde blev henvist på mistanke om EUG med pletblødning gennem en måned og sidste menstruation ni uger tidligere. Objektivt var hun hæmodynamisk stabil og upåvirket. En vaginal ultralydskanning viste ingen tegn til intrauterin graviditet, men ved højre adnex fandtes en udfyldning, som målte ca. 15 × 12,5 mm, med en lille opklaring centralt samt moderat fri væske i fossa Douglasi. På mistanke om blødende EUG blev der foretaget akut laparoskopisk sal-

pingektomi. Perioperativt fandt man ved højre salpinx en EUG helt lateralt ud mod fimbriae, hvilket blev bekræftet af det efterfølgende mikroskopisvar. Kvinden blev udskrevet den efterfølgende dag velbefindende.

Fem uger senere blev hun genindlagt med stærke, tiltagende mavesmerter. Objektivt var der let oprevet abdomen med diffus nedre direkte ømhed, let muskellværn og rokkeømhed af uterus. Med en transvaginal ultralydskanning visualiseredes et hæmatom bag højre ovarium og fri væske i fossa Douglasi. Under indlæggelsen faldt hæmoglobinniveauet fra 7,4 til 6,0 mmol/l, og S-hCG-niveauet steg fra 316 til 361 E/l. På mistanke om voksende restvæv fra tidligere EUG blev der lavet eksplorativ laparoskopi med fund af > 500 ml blod intraabdominalt. På bagvæggen af uterus mod venstre blev der fjernet en ca. 1 cm stor blødende proces (Figur 1A). En efterfølgende mikroskopi viste villi chorii med omgivende to lag cytotrofoblast og fokalt med flerker-net syncytiotrofoblast, hvilket var foreneligt med restvæv efter EUG (Figur 1B).

Dagen efter operationen blev kvinden udskrevet til ambulant opfølgning. Ni dage senere var hun fortsat i velbefindende og S-hCG-niveauet var faldet til 3 E/l.

DISKUSSION

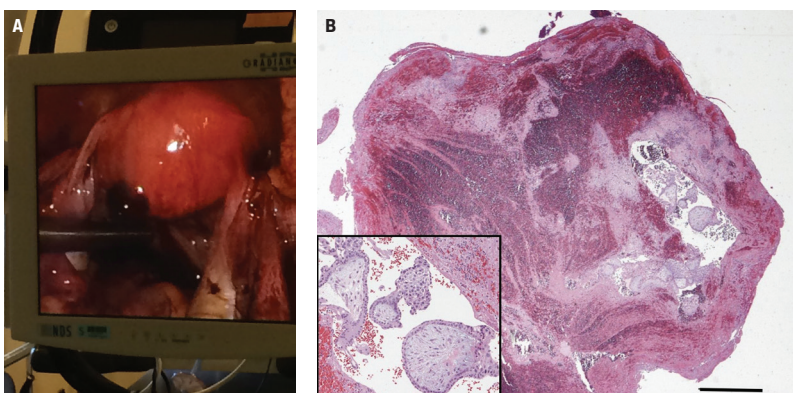
PT ved salpingektomi er en yderst sjældent forekommende komplikation [1]. Ved tubotomi er der øget forekomst af PT pga. indkomplet fjernelse af graviditetsproduktet, hvilket ofte resulterer i gentaget intervention i form af reoperation eller behandling med methotrexat. PT ved tubotomi forekommer i op til 20% af tilfældene [1, 2].

Hos kvinden i denne sygehistorie var EUG lokaliseret til højre adnex. Ved den efterfølgende operation fem uger senere blev der fundet PT adhærent til bagvæggen af uterus på modsatte side. Det kunne dreje sig om overset eller voksende graviditetsvæv efter første laparoskopi, men det kunne også være tabt graviditetsmateriale efter salpingektomi.

I et studie fra 2011 undersøgte man postoperative S-hCG-niveauer hos 105 kvinder, der fik foretaget laparoskopi pga. EUG, hvor man under operationen havde mistanke om spild af graviditetsvæv, rumperet EUG, hæmoperitoneum på > 500 ml eller mistanke om tubar

FIGUR 1

A. Uterus med en ca. 1 cm stor blødende proces. B. Koagel fra abdomen med villi chorii (hæmatoxylin-eosin-farvning). Bar = 1 mm. Indsat ses villi chorii.



abort. Hos samtlige kvinder så man et fald i S-hCG-niveauet, og således ingen tegn til PT [5].

I sygehistorien er der beskrevet en meget sjælden, men mulig livstruende komplikation i forbindelse med salpingektomi efter EUG.

Der er ikke evidens for rutinemæssigt at følge patienterne med måling af S-hCG efter salpingektomi, men det er vigtigt at være opmærksom på risikoen for PT og ved tvivl gentage måling af S-hCG selv efter salpingektomi.

SUMMARY

Louise Stig Hornstrup, Bjarke Lunde Sørensen & Vicky Jenny Rebecka Wetterstrand:
Persistent trophoblast tissue after salpingectomy
Ugeskr Læger 2017;179:V01170073

We present a case of persistent trophoblast tissue (PT) five weeks after salpingectomy for tubal pregnancy. The fallopian tube-sparing method (salpingotomy) has a greater risk of PT than removal of the whole fallopian tube (salpingectomy) has. A 32-year-old woman was treated with salpingectomy on suspicion of a bleeding ectopic pregnancy and was readmitted due to PT. There is no evidence for measuring the human chorionic gonadotropin (hCG) level as routine follow-up after salpingectomy, but it is important to be aware of the risk of PT and if in doubt measure the levels of hCG.

KORRESPONDANCE: Vicky Jenny Rebecka Wetterstrand.
E-mail: vickywetterstrand@gmail.com

ANTAGET: 3. august 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 13. november 2017

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

LITTERATUR

1. Kayatas S, Demirci O, Kumra P et al. Predictive factors for failure of salpingostomy in ectopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res* 2014;40:453-8.
2. Suzuki T, Izumi S, Nakamura E et al. Persistent ectopic pregnancy after laparoscopic salpingotomy: a manageable complication to preserve reproductive tubal function. *Tokai J Exp Clin Med* 2009;34:112-6.
3. Hajenius P, Mol F, Mol B et al. Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;1:CD000324.
4. DSOG guideline. Behandling af ekstrauterin graviditet. <http://www.dso.dk/gynkologi> (22. nov 2016).
5. Bora S, Kirk E, Daemen A et al. Is serum human chorionic gonadotrophin follow-up necessary after suspected spillage of trophoblast at the time of laparoscopic surgery for ectopic pregnancy? *Gynecol Obstet Invest* 2011;71:225-8.