

Tubargraviditet med levande foster i vecka 17

En ektopisk graviditet bildas när en blastocyst implanteras utanför uterus-kaviteten [1,2]. Det är ett tillstånd med ökad sjuklighet och dödlighet [3] för kvinnor i fertil ålder. Andelen beräknas vara 11,1-16,2/1 000 graviditeter i västvärlden [2], men högre i utvecklingsländer [4]. Tillståndet orsakar 75 procent av dödsfallen i första trimestern och 9-13 procent av det totala antalet dödsfall relaterade till graviditet [5]. Olika riskfaktorer finns beskrivna i litteraturen; de vanligaste är tidigare könssjukdomar, anatomiska anomalier av äggledarna, akut salpingit/PID (pelvic inflammatory disease), spiralgraviditet, ålder över 35 år, rökning, assisterad reproduktion, tidigare ektopisk graviditet och in utero-exponering för dietylstilbestrol [2,3].

Den klassiska kliniska triaden är buksmärta, amenorré och vaginal blödning, men bara 50 procent av patienterna uppvisar alla tre symtom [6,7]. De flesta (75 procent) söker på grund av lågt sittande buksmärta, och differentialdiagnoser är appendicit, salpingit, cystruptur, ovarialtorsion, urinvägsinfektion [7] och graviditet i rudimentärt horn. Diagnos ställs med hjälp av vaginalt ultraljud och plasma-hCG (humant koriongonadotropin) [1,6]. Ibland syns en tydlig extrauterin hinnsäck vid ultraljudsundersökning, men oftare bara indirekta tecken som till exempel »bagel sign« eller ökad mängd fri vätska i fossa Douglasi [8,9].

Enligt internationella riktlinjer kan behandlingen vara konservativ med exspektans, medicinsk med användande av metotrexat eller kirurgisk när det finns tecken på ruptur, hemodynamisk påverkan, hinnsäck större än 35 mm, serum-hCG mer än 5 000 IE/l eller smärta i mer än 24 timmar [6]. Den kirurgiska behandlingen innebär laparoskopisk förstahandsval [1] eller laparotomi, båda med antingen salpingotomi eller salpingektomi [1,2,6,10].

Anastasia Drakou,
MSc, ST-läkare, VO
kvinnor-barn, Söder-
tälje sjukhus
● anastasia.drakou@sl.se

Eva Cosmo, över-
läkare

Cecilia Ehrstedt,
överläkare; båda VO
obstetrik och gyneko-
logi, Centralsjukhuset
Kristianstad

Rickard Claesson,
med dr, biträdande
sjukhuschef, Ljungby
Lasarett, Region Kro-
noberg

De flesta ektopiska graviditeter (95,5 procent) finner man i tuban [2], så kallade tubargraviditeter. Av de ektopiska graviditeterna ligger 70 procent i ampulla, 11,1 procent i fimbrietratten, 12 procent i istmuspartiet, 2,4 procent interstitiellt och 4,5 procent utanför tuban [11]. De flesta tubargraviditeter rupturerar runt graviditetsvecka 5-11 eftersom tuban inte kan utvidgas mer [4]. Detta kan leda till intraabdominell blödning, cirkulationspåverkan och chock [12]. Den proximala delen av tuban har mer utvecklad muskulatur och blodtillförsel än den distala delen, och där kan graviditeten utvecklas längre [13]. Nedanstående fallbeskrivning demonstrerar vikten av att ha denna diagnos i åtanke.

FALLBESKRIVNING

En 24-årig kvinna, förstagångsgravid i vecka 17 enligt senaste menstruationen, sökte akut på grund av kraftig smärta i nedre delen av buken. Smärtan strålade ut mot ljumskarna. Kvinnan hade inte varit på någon ultraljudsundersökning, var frisk, tog inga mediciner och hade inga riskfaktorer för ektopisk graviditet. Hon blödde inte vaginalt och hade inga besvär med avföring eller miktation. Hon var afebril med blodtryck 103/66 mm Hg och puls 98 slag/minut.

Vid den primära undersökningen på akutmottagningen hade patienten en mjuk buk som ömmade centralt i nedre delen. Man fann ingen direkt ömhet över uterus vid bimanuell palpation. Vaginal spekulumsundersökning visade normal fluor och slutet cervix. Vid abdominell och vaginal ultraljudsundersökning bedömde man att det var en normal intrauterin levande graviditet med cervix 35 mm lång och slutet. Kvinnan skickades hem.

Några timmar senare återkom hon till akutmottagningen med kraftigare smärtor. Blodtrycket var 101/65 mm Hg, pulsen 112 slag/minut och andningsfrekvensen 24/minut. Smärtan lokaliserades till hela buken och patienten uttryckte svårighet med andningen. Hon kände tryck nedåt i buken och hade ont vid miktation. Hon nämnde ingen vattenavgång eller vaginal blödning.

Vid klinisk undersökning noterades en generell ömhet, även i övre delen av buken med tydlig peritonit. Vid palpation av cervix fick patienten kraftiga buksmärter. En ny abdominal ultraljudsundersökning gjordes som visade en levande graviditet med fosterrörelser och normal fostervattenmängd. Med vaginal ultraljudsundersökning kunde man i sagittalsnitt se en oregelbundenhet i uterusväggen med vätskebildning mellan uterus och urinblåsan. Detta område mätte 10 cm som bredast. Man fann också en vätskespalt med innehåll och misstanke om koagler. Ovarier noterades bilateralt utan anmärkning. På vänstra ovariet sågs en cystisk förändring som liknade en sammanfallen corpus luteum. I fossa Douglasi sågs fri vätska som sträckte sig upp mot vänster sida. Hb hade minskat från 109 till 83 g/l.

Patienten skrevs in på gynekologisk avdelning fastande för observation. Bedömning med skattningsskalan NEWS (National early warning score) utfördes enligt rutin. Smärtlindring gavs med paracetamol och oxikodon, men effekten var otillräcklig för patientens smärtor. En ny bedömning med ultraljud några timmar senare visade att den fria vätskan i buken hade

HUVUDBUDSKAP

- En extrauterin graviditet bildas när en blastocyst implanteras utanför uterus-kaviteten. 95,5 procent av dem finner man i tuban, så kallade tubargraviditeter.
- Vi beskriver här ett fall med tubargraviditet som fortsatt att utvecklas till vecka 17. Detta är sällsynt, särskilt i länder med tillgång till modern hälso- och sjukvård, eftersom de flesta ektopiska graviditeter diagnostiseras under graviditetens första trimester.
- Med denna artikel vill vi betona att ektopisk graviditet måste finnas med i differentialdiagnostiken av buksmärta också i graviditetens andra trimester, men även betydelsen av vaginalt ultraljud för diagnostiken.

ökat och gav en bild av blödning. Förändringen som tidigare bedömts som en corpus luteum såg nu mera ut som ett koagel. Patienten var fortfarande cirkulatoriskt stabil, och jourhavande läkare beställde två enheter erythrocyter och bestämde sig för att avvakta med operation för att kunna kartlägga ytterligare.

Nästa dag utfördes en magnetresonanstomografi (MRT) som visade en tom sammanfallen uterus-kaviteten med normalt myometrium. I medellinjen framför uterus fanns en hinnsäck, 10 cm i diameter, innehållande ett foster och en tjock placenta. Hinnsäcken omgavs av en mer strukturlös lågsignalerande vägg utan myometriestruktur. Blödningen i bukhålan uppskattades till 400-500 ml. Utredningen ingav misstanke om abdominell graviditet. Därför gjordes omedelbart en DT-angiografi av bukkärl som utslöt placentaväxt över något av bukens stora kärl.

Efter kontakt med kärlkirurg planerades laparotomi, och vid ingången i fri bukhåla tömde sig blod och koagler, som uppskattades till 800 ml. En grapefruktstor blåskimrande resistens sågs bredvid uterus (Figur 1). Den utgjordes av graviditeten, som satt i vänster tuba och utvidgade denna rejält. Tuban hade spruckit på två ställen och blödde. Inga adherenser eller genomväxt syntes; tuban kunde med lätthet delas och vänstersidig salpingektomi gjordes. Vänster ovarium, som bedömdes normalt, lämnades kvar. Boken sköljdes, tuban klipptes upp och man såg en graviditet motsvarande graviditetsvecka 17. Operationen bedömdes okomplicerad och patienten skrevs ut till hemmet efter 4 dygn.

Patologisk-anatomisk diagnos visade uppklippt tuba med placenta, och diagnosen blev vänstersidig tubargraviditet.

DISKUSSION

Med denna artikel vill vi betona att ektopisk graviditet måste finnas med i differentialdiagnostiken vid bedömning av buksmärta även i graviditetens andra trimester, men också betydelsen av vaginalt ultraljud i detta sammanhang.

Diagnostik vid ektopisk graviditet är inte alltid lätt. Vår patient hade inte gjort något ultraljud innan hon sökte akut. Ultraljud har 91 procent sensitivitet och 99,9 procent specificitet för diagnostiken av ektopisk graviditet [8].

En tubargraviditet som fortsätter till vecka 17 utan specifika symtom är mycket ovanligt eftersom tubarväggen saknar submukosalt skikt och trofoblasten därför implanterar i muskulatur. När den proliferer-



Figur 1. Vänster tuba, utvidgad av extrauterin graviditet.

rar eroderar tubarväggen, vilket leder till ruptur under första trimestern [11]. Dessutom har tubarväggen inte tillräcklig vaskularisering för att underhålla en avancerad graviditet. Det är karakteristiskt för avancerade extrauterina graviditeter att infiltrera andra väl vaskulariserade vävnader som peritoneum, mesenterium eller tubo-uterina hörnet för att placenta ska kunna växa [14]. Radaelli et al rapporterade om en tubargraviditet som fortsatte till vecka 27 med allvarlig intrauterin tillväxthämning [14].

I detta fall utfördes MRT och DT-angiografi för att fastställa om det var en tubar- eller abdominell graviditet, men också om placenta infiltrerade något stort kärl. Diagnostisk laparotomi är den åtgärd som rekommenderas vid avancerad ektopisk graviditet, och om patienten är påverkad ska detta ske skyndsamt. Om placenta växer över något av bukens stora kärl måste operationen göras gemensamt med kärlkirurg.

Ektopisk graviditet måste misstänkas hos fertila kvinnor med amenorré, buksmärta och vaginal blödning även i den andra trimestern av graviditeten. Enligt litteratur saknas riskfaktorer för ektopisk graviditet hos 50 procent av alla patienter som senare får diagnosen, på samma sätt som det beskrivna fallet [11].

Sammanfattningsvis är ektopisk graviditet inte ovanlig i graviditetens första trimester. Inom välutvecklad sjukvård ställs diagnosen i de flesta fall vid ett tidigt vaginalt ultraljud. Ändå kan misstanke om ektopisk graviditet även i senare graviditet inte avfärdas. Patienterna måste handläggas snabbt och med säkerhet för att undvika allvarliga komplikationer. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2020;117:FX4E

REFERENSER

1. Diagnosis and management of ectopic pregnancy: Green-top guideline No 21. *BJOG*. 2016;123(13):e15-55.
2. Poonam, Uprety D, Banerjee B. Ectopic pregnancy - two years review from BPKIHS, Nepal. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*. 2005;3(4):365-9.
3. Ottun TA, Oshodi YA, Tayo A, et al. Unruptured second trimester tubal pregnancy - a case report. *Nigerian Journal of Clinical Medicine*. 2010;3(1).
4. Jain P, Agrawal D, Fotedar S. Unruptured 14 weeks tubal ampullary pregnancy: a rare case report. *Annals of Applied Bio-Sciences*. 2016;3(3).
5. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. *Lancet*. 2005;366(9485):583-91.
6. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. *NICE Guideline NG126*. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2019.
7. Medscape; Sepilian VP. Ectopic pregnancy. 28 sep 2017. <https://emedicine.medscape.com/article/2041923-overview>
8. Almström H, Giertz G. Tidig graviditet (till och med nio fullgångna graviditetsveckor). I: SFOG (Arbets- och referensgrupp för ultraljudsdiagnostik). *Obstetriskt ultraljud*. Rapport nr 74. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 2014. p. 58-9.
9. Epstein E, Iorizzo L. Obstetrisk och gynekologisk ultraljudsdiagnostik. En klinisk handbok. Kap 9. Ektopisk graviditet. Lund: Studentlitteratur; 2013. p. 162-7.
10. Mol F, van Mello NM, Strandell A, et al; European Society in Ectopic Pregnancy (ESEP) study group. Salpingotomy versus salpingectomy in women with tubal pregnancy (ESEP study): an open-label, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383(9927):1483-9.
11. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, et al. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod*. 2002;17(12):3224-30.
12. Guéye MDN, Guéye M, Thiam I, et al. Unruptured tubal pregnancy in the second trimester. *South Sudan Medical Journal*. 2013;6(4):95-6.
13. Koçak I, Dagdemir A, Yilmaz MS, et al. Advanced tubal pregnancy at 30 weeks. *J Obstet Gynaecol Res*. 2005;31(4):341-3.
14. Radaelli T, Bulfamante G, Cetin I, et al. Advanced tubal pregnancy associated with severe fetal growth restriction: a case report. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2003;13(6):422-5.

SUMMARY

Tubal pregnancy with fetus in situ in the 17th gestational week, a case report

An ectopic pregnancy occurs when a blastocyst implants outside the uterus cavity. It is a condition with increased morbidity and mortality for women in reproductive age. Most of the ectopic pregnancies (95.5%) are located in the fallopian tube. We report a case of an ectopic pregnancy that progressed unruptured and with fetus in situ up to 17 gestational weeks. This case is rare, especially in developed countries where patients have access to healthcare. With this case report we would like to emphasize that ectopic pregnancy should be among the differential diagnoses of abdominal pain even in the second trimester of pregnancy but also the importance of an early vaginal ultrasound examination in its diagnosis.