dom har en cerebral genes som är likartad genesen vid neurologiska sjukdomar. Därför bör dessa i mycket större omfattning än i dag vara föremål för neurologers och psykiatrers gemensamma intresse. Detta gäller icke minst forskningsmässigt, men det ter sig också självklart att psykiatriska patienter med svårare motoriska symtom rutinmässigt bör bli föremål för en neurologisk bedömning.

Förvisso får vi erkänna att det i dag är svårare att få en klar överblick över sambanden mellan psykisk sjukdom och motoriska störningar. Neuroleptika ger i sig motoriska biverkningar och den vidsträckta användningen av psykofarmaka gör att vi inte längre kan iaktta sjukdomarnas naturliga förlopp. Det bör dock inte hindra oss från att vrida Necker-tärningen ett varv och i större utsträckning börja uppmärksamma de neurologiska aspekterna vid psykisk sjukdom.

Referenser

1. Rogers D. Motor disorder in psychiatry. Towards a neurological psychiatry. Chichester: John Wiley & Sons, 1992.
6. Rogers D. Catatonia: a contemporary approach. Journal of Neuropsychiatry 1991; 3: 334-40.
12. Caliguri MP, Lohr JB, Jeste DV. Parkinsonism in neuroleptic-naive schizophrenic patients. Am J Psychiatry 1993; 150: 1343-9.
16. Curran JP. Tardive dyskinesia: side effect or not? Am J Psychiatry 1973; 130: 406-10.
17. Marsden CD. Motor disorders in schizophrenia [editoral]. Psychological Medicine 1982; 12: 13-5.
19. Waddington JL. Schizophrenia, affective psychoses, and other disorders treated with neuroleptic drugs: the enigma of tardive dyskinesia, its neurobiological determinants, and the conflicts of paradigms. International Review of Neurobiology 1989; 31: 297-353.
27. Rogers D. The motor disorders of severe psychiatric illness a conflict of paradigms. Br J Psychiatry 1985; 147: 221-32.
29. McKenna PJ, Lund CE, Mortimer AM, Biggins CA. Motor, volitional and behavioural disorders in schizophrenia. 2: The conflict of paradigm hypothesis. Br J Psychiatry 1991; 158: 328-36.
33. Rogers D, Lees AJ, Smith E, Trimble M, Stern GM. Bradyphrenia in Parkinson's disease and psychomotor retardation in depressive illness. Brain 1987; 110: 761-76.
38. Crow TJ, Johnstone EC, McClelland HA. The coincidence of schizophrenia and Parkinsonism: some neurochemical implications. Psychological Medicine 1976; 6: 227-33.
50. Beier H. Syndromen med tics värda stor uppmärksamhet. Kan ge ökad kunskap om psykiska sjukdomar. Läkartidningen 1995; 92: 309-12.

Fullständig referenslista kan erhållas från Henning Beier, Psykiatriska sektorskliniken, Länssjukhuset Ryhov, 551 85 Linköping.

ABDOMINELL GRAVIDITET HOS KVINNA I KENYA

Trots att diagnosen abdominell graviditet är mycket ovanlig ställs den ibland preoperativt även i u-land. Där kan dock handläggningen ge stora problem, främst på grund av brist på transfusionsblod. Det visar det här fallet från Kenya.

En 30-årig kvinna som varit gravid fyra gånger och fött tre livsdugliga barn, med senaste förlossning 9 år tidigare, intogs på Maseno Hospital i sydvästra Kenya efter en veckas besvär av buk- och ryggsmärtor och upphörda fosterrörelser. Hon angav en amenorréperiod på 29 veckor. Vid undersökning palperades en öm buk med foster i tvärläge och med fundus uteri motsvarande 32 veckor. Fosterljud saknades. Inget anmärkningsvärt noterades beträffande cervix. Ultraljudsundersökning visade en abdominell graviditet med dött foster, placenta belägen kranialt i buken och med ordinär volym amnionvätska, medan uterus var väl identifierbar och innehöll en mindre mängd endometrievätska.

Skolelever gav blod

Efter observation under 10 dagar klagade patienten över fortsatta smärtor och illamående. Hon såg medtagen ut. Ett kraftigt blåsljud kunde höras i vänster del av hypokondriet. Hb var 70 g/l, blodgruppen A+ och koagulationstiden uppmättes till 16 min (normalgränserna var satta till 5–13 min). Den förlängda koagulationstiden tolkades som misstänkt disseminerad intravasal koagulation, och beslut fattades att operera så snart färskblod kunde ges. Att skaffa blod visade sig dock vara svårt. Sex anhöriga till patienten undersöktes, men ingen befanns både ha rätt grupp och vara HIV-negativ. Sjukhuset har inte, såsom det tidigare hade haft, en kader med blodgivare.

Från sjukhusen i närbelägna staden Kisumu fanns inte heller blod att få. Som en nödlösning sändes då sjukhusambulansen till en skola och lyckades samla några blodgivare bland elever i de yngre tonåren. Efter det att patienten fått två enheter färskblod normaliserades koagulationstiden till ett värde vid övre gränsen, 12 minuter, och patienten opererades.

I ett medellinjesnitt påträffades genast stora placentakärl som blödde kraftigt och fick sys över. Placenta var inte belägen så kranialt som förväntat utan i navelhöjd. Den var stor och satt fast både mot främre bukväggen och mot flera tarmslyngor. I buken fanns utbredda adherenser. Ovanför naveln gick det att fria amnionsäcken så att den kunde öppnas. Väggen var en halv centimeter tjock. Ett macererat foster extraherades. Någon möjlighet att ta bort placenta eller amnionsäck bedömdes inte finnas. Navelsträngen delades och placenta lämnades in situ. Patienten fick i samband med operationen ytterligare två enheter blod. Hon kunde skrivas hem efter knappt två veckor i tillfredsställande skick.

Typisk klinisk bild

Patientens sekundärinfertilitet, symtomen med buksmärtor och illamående och fynden med ömhet, tvärläge, kraftigt blåsljud över placenta och anemi överensstämmer med bilden i rapporterade fall [1, 2]. Vaginal blödning är även vanligt. Erfarenheterna av ultraljudsundersökning för diagnostik har tidigare inte varit goda [1], medan rapporter från de senaste åren visat att man haft god hjälp av denna metod även i Afrika [2-4]. I västvärlden har också magnetröntgen använts, och sådan kan ge en tydlig bild av abdominell graviditet [5]. Från Maseno Hospital är det endast 30 km till staden Kisumu, där ultraljudsundersökning fås för motsvarande 100 kronor.

När fostret är dött, vilket tyvärr är den vanligaste situationen, styrs beslutet om tid för operation av strävan att helst vänta 3–4 veckor för att vaskularisationen i placentabädden skall ha minskat så att blödningsrisken blir

Författare

GUNNAR ISAKSSON
docent, överläkare, kirurgiska kliniken, Trelleborgs lasarett.

mindre [4]. Peroperativ blödning omfattande upp till 10 liter har rapporterats [5]. Samtidigt finns risken att det efter hand uppträder disseminerad intravasal koagulation [4]. I det rapporterade fallet gjorde fyndet av en förlängd koagulationstid att väntan avbröts. Svårigheterna att skaffa fram blod är numera tyvärr ofta stora vid afrikanska sjukhus. Orsaken har sannolikt främst med HIV-epidemin att göra. Dels kan HIV-positivt blod inte användas. Dels är presumtiva blodgivare ofta ovilliga att bli HIV-testade och vill därför inte ge blod. Man försöker i stället ofta rekrytera blodgivare bland släktingar till patienten, respektive (men mer sällan) använda preoperativt tappat autologt blod. Det kan dock, såsom skett vid universitetssjukhuset i Lusaka, hända att blod som förvarats för exempelvis en patient som väntar på ortopedisk operation i stället använts i en svår akut obstetrisk situation [JE Jellis, Lusaka, pers medd, 1996]. Improviserade lösningar för att finna blod kan bli nödvändiga. Vid operationen avlägsnas helst placenta, men lämnas om borttagandet förefaller riskabelt. Uppföljande behandling med metotrexat efter att placenta lämnats kvar har diskuterats, men effektiviteten av den behandlingen har inte säkerställts [6].

Sammanfattningsvis är abdominell graviditet mycket ovanligt. Det anses oftast föregås av rupturerad ektopisk graviditet [1, 7]. Ultraljudsundersökning är ett värdefullt diagnostikum. Mödramortaliteten har vid abdominell graviditet angivits till mellan 6 och 50 procent, främst på grund av blödningar till vilka en koagulationsrubbning kan bidra. Fostermortaliteten har varit 75–95 procent [7]. Handläggningens resultat påverkas inte minst av möjligheterna till blodtransfusion, vilket utgör ett allt större problem i u-länderna.

Referenser

1. Henriksson K, Wersäll K. Abdominalgraviditeter i Sverige vilka lett till levande barn 1970–1981. Läkartidningen 1984; 81: 3694-6.
2. Strafford JC, Ragan WD. Abdominal pregnancy. Review of current management. Obstet Gynecol 1977; 50: 548-52.
3. Little KJ, Green MM. Abdominal gestation. J Emerg Med 1995; 13(2): 195-8.
4. Jongen VHWM, van den Heuvel MM. An abdominal pregnancy. Trop Doct 1995; 25: 124.
5. Hage ML, Wall LL, Killam A. Expectant management of abdominal pregnancy. A report of two cases. J Reprod Med 1988; 33: 407-10.
6. Golz N, Kramer D, Robrecht D, Mast H. Die abdominale Gravidität. Fallbericht und Literaturübersicht. Geburtshilfe Frauenheilkd 1984; 44(12): 816-8.
7. Elechi EN, Elechi GN. Mummified and calcified abdominal pregnancy (lithopaedion). Trop Doct 1995; 25: 125-6.

Det krävs mer än att räkna veckor – tecken på graviditet kan feltolkas

Om en kvinna i fertil ålder söker hjälp för huvudvärk och högt blodtryck krävs det mer av en jourhavande läkare än att räkna veckor från kvinnans senast uppgivna mens. Även begåvade kvinnor kan feltolka ganska framskridna graviditetstecken.

Det skriver Riskronden nr 8 1997 och illustrerar med ett par fall.

En 37-årig kvinna kom till vårdcentralens jourmottagning med mycket svår huvudvärk, som hade börjat under en tre timmar lång biltur.

Enligt patientjournalen trodde hon att hon var gravid »men är inte säker».

Hon hade två år tidigare fött en son vaginalt sedan hon sökt sjukhusvård för buksmärtor.

Behandlade inte det höga blodtrycket

I journalen beskrevs hon som adipös med stor buk, som var mjuk och oöm. Blodtrycket var 200/110 mm Hg. Läkaren gav henne Alvedon för huvudvärken. Blodtrycket behandlade han inte eftersom kvinnan var osäker på om hon var gravid och han »ville inte riskera att skada barnet».

Kvinnans sambo har uppgivit att han berättade för läkaren att kvinnan var gravid i fjärde månaden.

Två dagar senare kom kvinnan åter till vårdcentralen och träffade en ny läkare. Blodtrycket var efter vila i 30 minuter 220/105.

Ett graviditetstest var positivt och kvinnan hade albuminuri. Läkaren ordinerade betareceptorblockeraren Seloken ZOC 50 mg × 1. Han skrev remiss till specialmödravården och uppmanade kvinnan att gå dit nästa dag.

Men under natten blev kvinnan plötsligt sämre – hon kräktes blod och var omtöcknad. Med ambulans åkte hon till akutmottagningen vid länssjukhuset. Hon fick ett grand-malanfall (blodkräkningarna förklarades med att hon tidigare bitit sönder tungan).

Kvinnan fördes till operation och förlöstes med kejsarsnitt. Barnet bedömdes vara 28 veckor på väg.

Efter operationen uppvisade kvinnan hjärnödem samt positiv Babinski bilateralt. Hon behandlades i respirator, fick magnesiumdropp och sederades med Dormicum och Lealgin. Efter extubering var blodtrycket 225/115.

Kvinnan hämtade sig och skrevs ut i rätt bra skick. Även barnet överlevde men tycks ha nedsatt syn och hörsel.

Fall 2

En 30-årig kvinna, rund och med arbetsrelaterade smärtor i ryggen och höfterna, hade små och oregelbundna menstruationer. Hon uppfattade dem som normala för henne.

Under en bilsemester i Centraleuropa med sin man och sina föräldrar drabbades hon av buksmärtor av ileustyp. Mamman, som är sjuksköterska, satt hos dottern i husbilen. Då klarnade bilden i och med att kvinnan fick vattenavgång och värkar.

En polisbil med påslagna sirener visade och röjde väg till sjukhuset. Kvinnan födde ett friskt barn.

Får inte skickas hem

Riskronden påpekar att de två fallen uppenbart visar att enbart en menstruationsanamnes är ett otillräckligt underlag för att bedöma graviditeter. Det är heller ingen tvekan om att det kan vara svårt att bedöma bukstatus hos överviktiga kvinnor.

En kvinna – eller man – med en nytillkommen akut svår huvudvärk och högt blodtryck får självfallet inte skickas hem från en vårdcentral med beskedet att »komma tillbaka om det inte blir bättre», understryker Riskronden.

Onödig operation på grund av gem

En 11-årig pojke började opereras i fullnarkos i onödan. Bakgrunden var att skolläkaren remitterade honom till röntgen efter att ha hittat en resistens vid scapulas övre del dorsalt om nyckelbenet. Röntgen avslöjade »en metalltråd som förefaller vara belägen i mjukdelarna».

Operatören hann lägga ett ytligt snitt. När han till sin förvåning inte hittade någon metalltråd avbröt han ingreppet. En ny röntgen visade ingen främmande kropp.

Det visade sig att man vid röntgenundersökningen, som gjordes sex månader före operationen, använt ett gem för indikering. Det var delvis uträtat och fasttejpat på pojkens hud. Det var gemet som syntes på röntgenbilderna.

Händelsen berättas i Riskronden nr 7 1997.