Tre fall av abdominell graviditet

Svårdiagnostiserat tillstånd även med modern utrustning

Även med modern ultraljudsutrustning kan det vara svårt att fastställa diagnosen abdominell graviditet. Paradoxalt nog kunde diagnosen vara lättare att ställa med de gamla ultraljudsapparaterna, som ej medgav rörliga bilder. Muskelvägg runt hela hinnsäcken samt kontinuitet mellan cervix och hinnsäck är de två säkraste kriterierna för att med ultraljud utesluta abdominell graviditet. Tidigare negativa undersökningar med ultraljud utesluter inte diagnosen, och i tveksamma fall är magnetisk resonanstomografi av värde. Symtomatologin är ospecifik.

Tre fall från de senaste åren, där diagnosen uppdagades först vid operation, presenteras.

Det första kända fallet av graviditet i bukhålan är från slutet av 1500-talet i Frankrike [1]. Vid obduktion av en 68-årig kvinna fann man i buken en »stenbaby» (lithopaedion). I Läkartidningen har nyligen rapporterats två fall av abdominell graviditet som inträffade i afrikanska länder där man hade suboptimala diagnostiska hjälpmedel [2, 3]. Emellertid förekommer liknande fall även i länder med högspecialiserad sjukvård. Incidensen i Sverige känner vi inte till, men amerikanska siffror anger ett fall per 10 000 förlossningar [4].

Ektopisk graviditet är nästan synonymt med graviditet i äggledaren, men i sällsynta fall kan placenta implantera i cervix, intramuralt i uterus eller i fri bukhåla. Man tror att det senare tillståndet utgör 1 procent av ektopiska graviditeter [4]. Sannolikt har så gott som samtliga fall av bukgraviditet börjat i äggledaren, men fostret har sedan stötts ut och implanterat ånyo. Man tror att s k primär implantation i fri bukhåla är mycket ovanligt.

Vid abdominell implantation strävar placenta efter en så utbredd förankring som möjligt, och därigenom kan placenta i en del fall fullgöra sina funktioner fram till praktiskt taget fullgången tid. Vid graviditet i äggledaren vidgas lumen mekaniskt av graviditetsinnehåll och blod. Intermittent smärta brukar då tillstöta, och ektopisk graviditet måste alltid uteslutas vid dylika besvär under tidig graviditet.

Vid implantation i fri bukhåla finns däremot förutsättningar för en problemfri graviditet. Det finns gott om utrymme för placenta och det växande fostret. Precis som vid andra former av ektopisk graviditet kan livshotande blödningar tillstöta och fostret kan dö på grund av dålig placentafunktion, men i andra fall kan diffusa bukbesvär vara det enda symtomet fram till förlossningen. Vid full visshet om graviditeten i fri bukhåla kan man, beroende på tidpunkten, tillåta sig »väpnad exspektans» [5]. Vid alla former av ektopisk graviditet förstoras och uppmjukas livmodern måttligt som en följd av hormonell påverkan.

Svårt att avslöja tidigt

Det är därför under den första trimestern svårt att vid gynekologisk palpation avslöja en felaktig implantation. Däremot kan man med ultraljud säkrast se en abdominell graviditet under första trimestern när vaginal metodik används. Svårigheterna ökar ju längre graviditeten fortskrider.

Detta illustreras med följande tre fall.

Fall 1

Patienten var en 24-årig kvinna som tidigare fött ett barn vaginalt. Vid screeningultraljud i graviditetsvecka 18 föreföll det som om livmodern var hjärtformad och att graviditeten satt i den högra halvan. Det var svårt att mäta huvudets biparietaldiameter, varför ny undersökning utfördes tre veckor senare. Den här gången gick det lätt att bestämma olika fostermått. Graviditeten var i stort sett problemfri, förutom besvär av förstoppning samt lätta, diffusa smärtor i buken. Fostrets tillväxt var normal.

I fullgången tid noterades ett sätesändläge. Eftersom bäckenmåtten var goda planerades för vaginal förlossning, men patienten motsatte sig detta och önskade kejsarsnitt. Vid operationen fann man fostret inneslutet i sin hinnsäck utanför livmodern. Placenta satt fast mot området kring höger äggstock. Sedan höger äggstock och äggledare tagits bort fanns ingen kvarvarande placentarest.

Barnet, en pojke, vägde 3 320 gram och mådde utmärkt. Patientens postoperativa förlopp var okomplicerat och inom några veckor var S-hCG negativt.

Fall 2

Fall 2 var en 36-årig 2-gravida, 0-para, som vid ultraljudskontroll i samband med försök till amniocentes i graviditetsvecka 14 befanns ha ett myom i uterus med måtten 5×8 cm. Provtagningen misslyckades, men kunde genomföras fyra veckor senare med normal karyotyp som resultat. Patienten vårdades inneliggande under två dygn i vecka 21 med anledning av molande ryggsmärta. Besvären tillskrevs en lätt högersidig hydronefros, alternativt myomsmärtor. Patienten mådde sedan bra, men inlades ånyo i vecka 32 på grund av litet symfys–fundusmått.

Misstanke om tillväxthämning styrktes av en ultraljudsundersökning. Man noterade då att fosteranatomin var svårvärderad, och tankarna styrdes mot att det rörde sig om någon form av missbildning. Flödet i a umbilicalis var patologiskt, som ett ytterligare tecken på fosterpåverkan. CTG var däremot utan anmärkning. Patienten remitterades till neonatal expertis. Förnyade undersökningar, inklusive ultraljud, konfirmerade tidigare iakttagelser med ett tillägg: möjligen låg placenta för inre modermunnen.

Man beslöt att förlösa patienten med

Författare

FOLKE FLAM
docent, gynekologiska kliniken, S:t Görans sjukhus, Stockholm

STAFFAN TERNSTRÖM
överläkare, kvinnokliniken, Varberg

MARJA-LIISA SWAHN
docent, överläkare, kvinnokliniken,

sectio. Då man nått fri bukhåla bjöd sig en drygt normalstor livmoder på platsen för det förmodade myomet. Den fritt liggande fostersäcken klipptes upp, varvid klart fostervatten tömde sig och en pojke hämtades upp. Han skrek omedelbart och fortsatte att må väl. Placenta lossade spontant och föreföll sitta fast enbart vid höger äggledare och äggstock. Man tog bort detta adnex och därmed hela placenta.

Fall 3

Patienten, en 32-årig 3-gravida, 1-para, sökte med anledning av smärtor i epigastriet i graviditetsvecka 20. Screeningultraljud hade utförts några veckor tidigare. Varken då eller vid det aktuella tillfället avslöjade abdominellt ultraljud något avvikande. Besvären tillskrevs stress alternativt gasfyllda tarmar. Fem dagar senare vårdades patienten ånyo under ett dygn med liknande besvär. Förnyade undersökningar, inklusive ultraljud, var utan anmärkning. Vid det tredje vårdtillfället, som inföll tio dagar efter debuten av de initiala symtomen, hade patienten fått feber, ca 38 grader, och laboratoriemässiga tecken i övrigt till infektion. Eftersom värken nu också hade flyttat sig nedåt i buken misstänktes appendicit.

Vid undersökning med ultraljud noterades viabelt foster med normal mängd fostervatten. Det anmärktes dock att det var svårt att visualisera placenta, men troligen låg denna för inre modermunnen. Vid laparotomin fann man fri fostervätska i buken och ett dött foster. Placenta fäste mot urinblåsa, livmoder, äggstockar och tarmar. Det fanns lite gammalt blod i buken. Placenta lämnades kvar efter avnavlingen, och den peroperativa blödningen uppgick till endast 200 ml.

Det postoperativa förloppet var glatt. Metotrexat gavs under sex veckors tid. Det tog över fyra månader för placentahormonet hCG (humant koriongonadotropin) att bli negativt. Under hela denna tid förelåg alltså aktivitet i placenta.

Ospecifik symtomatologi

Screening med ultraljud av gravida kvinnor för att fastställa graviditetslängd praktiseras sedan länge i Sverige. Tidpunkten kan variera lite mellan olika kliniker, men det vanligaste är att kvinnorna blir kallade i graviditetsvecka 16–18. Förutom det redan nämnda syftet med undersökningen fastställer man antal foster och placentas läge i uterus. Vissa kliniker studerar även fosteranatomi för att utesluta missbildningar.

Screeningultraljud utfördes med normalfynd i samtliga fall som här redovisas. Dessutom gjordes ett flertal andra undersökningar med ultraljud. Olika apparater hanterade av olika undersökare kunde inte avslöja diagnosen. Hur kan man förklara att man med hjälp av ultraljud kan fastställa subtila missbildningar hos foster med t ex millimeterangivelse av nackskinn, men inte kan avslöja en abdominell graviditet?

I litteraturen får man belägg för att detta är en svår diagnos [6]. Symtomatologin är ospecifik, och med dagens ultraljudsmetodik kan man visserligen detaljgranska enskilda organ, men åtminstone från mitten av graviditeten förlorar man översiktsbilden. På så sätt liknar de ursprungliga ultraljudsapparaterna, utan rörliga bilder, en undersökning med magnetisk resonanstomografi (MR), där förhållandet mellan olika strukturer lätt kan bedömas. För övrigt är just MR en optimal metod för fastställande av abdominell graviditet men skall förstås bara användas om ultraljudsbilden är svårtolkad [7].

Två viktiga kriterier

De två viktigaste kriterierna vid undersökning med ultraljud för att utesluta abdominell graviditet är att fastställa om det finns kontinuitet mellan cervix och fostersäck, samt kontrollera muskulaturen runt hela fostersäcken. Detta låter sig sägas, men kan i praktiken vara svårt. Det är inte ovanligt att fostret ligger med någon del bakom uterus i fossa Douglasi. Man kommer då att se livmoderns muskelvägg framför fostret, och tänker kanske inte på att följa muskulaturen runt hela fostret. Falskt positiva fynd finns också beskrivna i litteraturen.

Vid graviditet i en tvådelad uterus, bicornis, kan väggen bli mycket tunn. Eftersom man ser en normal livmoder vid sidan om, tror man att det rör sig om en abdominell graviditet [8]. Vid degeneration i myom kan de ekon som uppstår likna normalt endometrium, och även här kan man uppfatta fallet som en abdominell graviditet.

Den viktigaste anledningen till att diagnosen missas är förstås att tillståndet inte övervägs överhuvudtaget. Dels är abdominell graviditet ovanligt, dels kan det finnas en uppfattning hos många gynekologer att symtomen praktiskt taget alltid är mycket dramatiska. Säkert är det så, att de flesta fall av abdominell graviditet opereras under ett tidigt skede av graviditeten. I litteraturen finner man en överrepresentation av fall med ospecifik och beskedlig symtomatologi. Det är också mänskligt att vid evaluering av en patient förlita sig på tidigare ultraljudsfynd i stället för att helt förutsättningslöst bedöma patienten.

Det finns åtskilliga rapporter i litteraturen som liknar Fall 1, där alltså graviditeten går till fullgången tid. I det beskrivna fallet hade man på annan indikation beslutat om elektivt kejsarsnitt. Det finns rapporter om hormonell stimulering för att framkalla sammandragningar, men det enda som händer är att en fast tumör palperas från vagina – den tomma livmodern. Minskad mängd fostervatten och »myom» i lilla bäckenet (i själva verket den tomma livmodern), som beskrevs i Fall 2, är vanligt förekommande fynd vid abdominell graviditet [9]. Vid Fall 2 och 3 var det svårt att visualisera placenta, och det tycktes som om denna låg för inre modermunnen. Dessa tecken anges också som vanliga, och beror på att åtminstone någon del av placenta ligger långt ned i bäckenet. Den ligger då ofta framför exempelvis fostrets huvud och dikt an emot urinblåsan.

Nyttan av metotrexat

Metotrexat är en folsyraantagonist som är mycket toxisk mot placentavävnad. Preparatet har under mer än 40 års tid använts vid behandling av tumörer i placenta. Om placenta kvarlämnas i buken vid operation för abdominell graviditet kan metotrexat kanske påskynda resorptionen. Det råder samstämmighet om att placenta alltid skall kvarlämnas om den sitter över en stor yta, på grund av att man annars får livshotande blödningar. Det finns förstås inga randomiserade studier som kan vara vägledande när det gäller nyttan av metotrexat i detta sammanhang. Medlet gavs en tid till patienten i Fall 3, men effekten var inte slående.

Referenser

1. Bondeson J. The earliest human case of a lithopaedion. J R Soc Med 1996; 89: 13-8.
2. Isaksson G. Abdominell graviditet hos kvinna i Kenya. Läkartidningen 1997; 94: 3061-2.
3. Bobeck S. Ännu ett afrikanskt fall av abdominell graviditet. Läkartidningen 1998; 95: 2357-8.
4. Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. Abdominal pregnancy in the U S; frequency and maternal mortality. Obstet Gynecol 1987; 69: 333-7.
5. Dubinsky TJ, Guerra F, Gormaz G, Maklad N. Fetal survival in abdominal pregnancy: a review of 11 cases. J Clin Ultrasound 1996; 24: 513-7.
6. Angtuaco TL, Shah HR, Neal MR, Quirk JG. Ultrasound evaluation of abdominal pregnancy. Crit Rev Diagn Imaging 1994; 35: 1-59.
7. Hall JM, Manning N, Moore NR, Tingey WR, Chamberlain P. Antenatal diagnosis of a late abdominal pregnancy using ultrasound and magnetic resonance imaging: a case report of successful outcome. Ultrasound Obstet Gynecol 1996; 7: 289-92.
8. Brennand JE, Morris AR, Greer IA. Prawn sandwiches, red herrings and abdominal pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997; 74: 13-4.
9. Bendvold E, Raabe N. Abdominal pregnancy: a case report and a brief review of the literature. Acta Obstet Gynecol Scand 1983; 62: 377-8.