

Alla regler har undantag

Utomkvedshavandeskap trots negativt HCG

Ett fall av tubargraviditet åtgärdades primärt med laparoskopisk tubotomi. Trots negativa värden av hormonet HCG (humant chorion gonadotropin) orsakade kvarvarande trofoblastceller ruptur av tuban med akut blödning ut i buken sex veckor efter den primära åtgärden. Blödningen föranledde laparotomi med salpingektomi.

Skador på äggledarna orsakade av infektioner är den dominerande orsaken till utomkvedshavandeskap. Diagnosen måste alltid övervägas hos fertila kvinnor som söker läkare med anledning av nedre bukvärk. Vid många gynekologiska enheter är urin-HCG, som produceras av placentas trofoblastceller, ett rutinprov hos denna patientgrupp. Man anser att ett negativt HCG utesluter all form av graviditet.

Laparoskopisk tubotomi vanligaste metoden

Avsaknad av HCG i serum används även som ett mått på lyckosam behandling vid utomkvedshavandeskap. Behandlingen av graviditeter i äggledaren har förändrats från radikal åtgärd innebärande salpingektomi via laparotomi till mer konservativa metoder. I utvalda fall behövs ingen aktiv åtgärd alls. I andra fall kan man via ultraljud injicera olika medel direkt i graviditeten eller ge metotrexat systemiskt.

Den i Sverige vanligaste metoden är laparoskopisk tubotomi varvid äggledaren öppnas och graviditetsvävnaden tas bort.

Vid alla konservativa metoder finns en risk att en liten mängd trofoblastväv-

nad blir kvar i äggledaren. Denna vävnad kan tillväxa och så småningom ånyo orsaka problem. Det är därför nödvändigt att säkerställa att behandlingen mot utomkvedshavandeskapet varit definitiv genom att i efterförloppet kontrollera att HCG når 0-värde.

Mådde bra i sex veckor efter operation

En 28-årig kvinna som fött två barn och som skyddade sig med spiral sökte med anledning av nedre bukvärk och mörka vaginala blödningar. Anamnes och status inklusive ultraljud ingav misstanke om utomkvedshavandeskap. S-HCG var 5 170 IE/l. Laparoskopisk tubotomi av höger äggledare var tekniskt mycket enkel att utföra. PAD bekräftade graviditetsvävnad.

Efter två veckor kunde inte HCG detekteras i serum, och patienten mådde bra fram till knappt sex veckor efter operationen. Hon inlades då ånyo med buksmärter, och undersökningar visade blod i buken.

HCG intagningsdagen liksom påföljande dag visade på 0-värden. Patientens status försämrades, och via laparotomi evakuerades 1 500 ml blod. Genesen var färsk blödning från den del av äggledaren där tubotomi tidigare utförts. Äggledaren togs bort, och PAD visade chorionvilli med trofoblaster.

Alla regler har undantag

Vi lär ut till medicine kandidater och vi handlar praktiskt efter devisen »avsaknad av HCG utesluter pågående graviditet». Vi anser dock att blödningen i detta fall orsakades av kvarvarande trofoblastceller. Det finns enstaka rapporter tidigare om symtomgivande utomkvedshavandeskap trots 0-värde på HCG [1].

Blödningen i det fall som relaterats skulle teoretiskt ha kunnat ha sin grund i nekros i tubarväggen efter diatermi vid primäroperationen eller från arteriovenösa fistlar som bildats. Inget pekade dock i den riktningen vid okulär besiktning av äggledaren eller vid den mikroskopiska undersökningen.

Hur kan man förklara händelseförloppet? För det första vet man att det krävs cirka 10^3 – 10^4 HCG-produceran-

de celler (1 mm^3) för att uppnå mätbara nivåer i serum [2].

Man kan alltså tänka sig att det har funnits en mycket liten cellansamling som oturligt nog penetrerat ett kärl i tubarväggen. En annan möjlig förklaring är att de intermediära trofoblasterna, vars förmåga att producera HCG är negligierbar, invaderat blodkärl. Det är i själva verket dessa celler som vid normal implantation är de som leder penetrationen och således har en stor infiltrativ potential.

Våra rutiner vid uppföljning av åtgärdade utomkvedshavandeskap är goda och tillräckliga. Även med detta fall i åtanke är det adekvat att »släppa» en kvinna med icke mätbara nivåer av HCG. Fallet är dock teoretiskt intressant, och den praktiska lärdomen är att alla regler har undantag.

Referenser

1. Bozoklu S, Bozoklu E, Ciftci A, Coskun T. Ruptured ectopic pregnancy with undetectable β -hCG levels coexisting with acute appendicitis. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76: 181-2.
2. Bagshawe K. Choriocarcinoma: a model for tumour markers. Acta Oncol 1992; 31: 99-106.

Författare

FOLKE FLAM
docent

STEFFAN LUNDBERG
med dr; båda vid gynekologiska kliniken, S:t Görans sjukhus, Stockholm.