HCG

Ved ektopisk graviditet vil HCG normalt ligge lavere enn ved intrauterin graviditet av tilsvarende varighet. Man vil heller ikke se den typiske doblingen i HCG-verdier hver andre dag tidlig i forløpet (15). Seriemålinger er derfor et viktig diagnosekriterium for denne tilstanden, og muliggjør, sammen med vaginal ultralyd, tidlig diagnose. Men, som man tydelig fikk demonstrert i vårt tilfelle, kan man ikke alltid stole blindt på laboratorieprøver og andre tester. Graviditetstesten som pasienten tok hjemme var negativ, mens HCG-nivået i serum var klart positivt. Det kan være flere grunner til at man her fikk motstridende svar på de to graviditetstestene. Det er viktig å merke seg at urinbaserte hjemmetester kan ha noe lavere sensitivitet enn HCG i serum. Dette er spesielt relevant ved ektopisk graviditet, der HCG-nivåene gjerne er lavere enn ved intrauterin graviditet.

Mulige feilkilder ved hjemmetesting er blant annet feil avlesning, unøyaktig applikasjon, for lite prøvemateriale samt kontaminasjon av prøvematerialet. I dette tilfellet kan man heller ikke utelukke at det var en direkte defekt ved den aktuelle testen, da den normalt skal gi positivt utslag allerede ved et HCG-titer på 25–50 IE/l.

I ettertid kan man se at det skulle vært tatt en ny graviditetstest på legevakten. Det ville ha lettet utredningen og man ville sannsynligvis ha unngått å sende pasienten til «feil» sykehus med tilsvarende lengre transportvei. Hos unge kvinner med magesmerter er det altså en god regel å ta HCG i urin rutinemessig, uavhengig av hva som er gjort utenfor sykehuset.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Vi takker Radiologisk avdeling ved sykehuset i Molde for hjelp til å hente frem og velge ut ultralydbildene.

Peter Erik Petersen (f. 1968)

er medisinstudent og har arbeidet som lege med midlertidig lisens ved Kirurgisk avdeling, Molde sykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kjell Isachsen jr. (f. 1961)

er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og er overlege. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Mark Berner Hansen (f. 1960)

er dr.med. og spesialist i gastroenterologisk kirurgi. Han er vikarierende overlege ved Kirurgisk avdeling, Molde sykehus, seniorforsker ved Kirurgisk avdeling, Bispebjerg Hospital og Medical Science Director ved AstraZeneca, Mölndal, Sverige. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Grundmann RT, Petersen M, Lippert H et al. The acute [surgical] abdomen – epidemiology, diagnosis and general principles of management. *Z Gastroenterol* 2010; 48: 696–706.
2. Lyon C, Clark DC. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. *Am Fam Physician* 2006; 74: 1537–44.

3. Lozeau A-M, Potter B. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Am Fam Physician* 2005; 72: 1707–14.
4. Bergsjø P, Maltu JM, Molne K et al. Obstetrik og gynekologi. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2010.
5. Onan MA, Turp AB, Saltik A et al. Primary omental pregnancy: case report. *Hum Reprod* 2005; 20: 807–9.
6. Job-Spira N, Fernandez H, Bouyer J et al. Ruptured tubal ectopic pregnancy: risk factors and reproductive outcome: results of a population-based study in France. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 938–44.
7. 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: 3224–30.
8. Karaer Ö, Ilkgül Ö, Oruç S. Primary omental pregnancy on the gastrocolic ligament. *South Med J* 2007; 100: 403–4.
9. Studdiford WE. Primary peritoneal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1942; 44: 487–91.
10. Atrash HK, Friede A, Hogue CJ. Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal mortality. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 333–7.
11. Chow W-H, Daling JR, Cates W Jr et al. Epidemiology of ectopic pregnancy. *Epidemiol Rev* 1987; 9: 70–94.
12. Chopra S, Keenanasseril A, Suri V et al. Primary omental pregnancy: care report and review of literature. *Arch Gynecol Obstet* 1990; 279: 441–2.
13. Tulandi T, Saleh A. Surgical management of ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1999; 42: 31–8, quiz 55–6.
14. Behjati S, Bamfo JEAK, Bates AW et al. A near miss: lessons from a case of omental pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2009; 29: 559–60.
15. Bischof P, Reyes H, Herrmann WL et al. Circulating levels of pregnancy-associated plasma protein-A (PAPP-A) and human chorionic gonadotropin (hCG) in intrauterine and extrauterine pregnancies. *Br J Obstet Gynaecol* 1983; 90: 323–5.

Mottatt 16.11. 2012, første revisjon innsendt 12.4. 2013, godkjent 1.7. 2013. Redaktør Merete Kile Holtermann.

Kommentar

Akutte magesmerter – de vanlige mistenkte?

Magesmerter utgjør en stor andel av årlige besøk til legevakt og akuttmottak. Tall fra Trondheim viser at pasienter med abdominal smerter står for 13 % av kontaktene, mens brystmerter (13 %) og dyspné (9 %) utgjør de to andre største gruppene (1). Akutte magesmerter er også en vanlig årsak til at pasienter oppsøker allmennlege. I en norsk studie kunne rundt 75 % av dem som oppsøkte allmennlegen for akutte magesmerter håndteres av legen selv eller sendes hjem uten videre tiltak, mens en firedel behøvde innleggelse og videre utredning i sykehus (2). De vanligste diagnosene i denne begrensede kohorten på 134 pasienter var ikke-spesifikke

magesmerter (20 %), gastroenteritt (13 %), akutt appendisitt (12 %), magesår (11 %), gynekologiske sykdommer (9 %) og urinveisproblematikk (7 %). Selv om fordelingen av diagnoser varierer noe fra studie til studie, er det vanlige det vanligste også i denne kliniske sammenhengen. Det gjør det lett å overse andre, sjeldnere og noen ganger alvorlige diagnoser. Utfordringen er derfor å huske på andre mulige differensialdiagnoser når kliniske funn og prøveresultater ikke passer helt med det man forventer.

Differensialdiagnosene ved akutte magesmerter er mange, og oversikt over årsaker og smertenens lokalisasjon finnes i de fleste

lærebøker. Uvanlige presentasjoner eller spesielt vanskelige tilfeller er klinisk utfordrende og presenteres fortsatt i form av kasuistikker i de fleste tidsskrifter (3, 4). Den diagnostiske treffsikkerheten for enkeltfunn eller biokjemiske prøver varierer, og falskt negative svar kan forekomme. Det belyses ved den negative graviditetstesten i kasuistikken fra Petersen og medarbeidere. Såkalte «hjemmetester» opplyses ofte å være over 99 % sikre, men det vil alltid være noe usikkerhet knyttet til en slik test. Det kan blant annet skyldes uvisshet rundt tidspunkt for siste menstruasjon og variasjon i HCG-nivåer i blod mellom kvinner samt brukerens

evne til å avlese testen korrekt (5). Variasjon i slike testers egenskaper er også rapportert (6). En falskt negativ test kan derfor aldri sikkert utelukkes, spesielt når denne er utført hjemme. I en utredning bør derfor testen gjentas i akuttmottak eller på legekantor.

Problemstillingen kan bli ytterligere komplisert av dilemmaet om hvem som skal «eie» pasienten – kirurgen, gastroenterologen eller gynekologen? Sykdommer kan presentere seg på tvers av faggrenser og uavhengig av tilgjengelig ekspertise. Da er det nødvendig å lage en plan og informere pasienten både om denne og om muligheten for at planen kan fravikes underveis om andre funn tilsier det.

Bukhulen kan være som Pandoras eske. Selv om det vanligste er vanligst, finnes også et utall av sjeldne og spesielle lidelser som kan gi magesmerter. Flere årsaker kan være potensielt livstruende, og det er viktig å identifisere hvem som trenger rask behandling.

Kjetil Søreide*ksoreide@mac.com*

Gastrokirurgisk avdeling

Stavanger universitetssjukehus

Kjetil Søreide (f. 1977) er professor og konstituert overlege i gastrokirurgi.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Langlo NM, Orvik AB, Dale J et al. The acute sick and injured patients: an overview of the emergency department patient population at a Norwegian University Hospital Emergency Department. *Eur J Emerg Med* 2013; e-publisert 15.5.2013.
2. Brekke M, Eilertsen RK. Acute abdominal pain in general practice: tentative diagnoses and handling. A descriptive study. *Scand J Prim Health Care* 2009; 27: 137–40.
3. van Duren BH, Moghul M, Appleton SG et al. The acute abdomen. *BMJ* 2013; 346: f2549.
4. Olivetti L, Giardini A, Grassia R. An unusual case of epigastric pain: two causes for one disease. *Gastroenterology* 2013; 144: 885–1159, 1158–9.
5. Pike J, Godbert S, Johnson S. Comparison of volunteers' experience of using, and accuracy of reading, different types of home pregnancy test formats. *Expert Opin Med Diagn* 2013; 7: 435–41.
6. Cole LA. The utility of six over-the-counter (home) pregnancy tests. *Clin Chem Lab Med* 2011; 49: 1317–22.

Mottatt 2.9 2013 og godkjent 17.9. 2013. Redaktør Merete Kile Holtermann.