
Sprukket lever

MEDISINEN I BILDER

AN CHAU MARIA LE

anchle@siv.no

Radiologisk avdeling

Sykehuset i Vestfold

An Chau Maria Le er lege i spesialisering (LIS3).

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

TONJE BOHLIN

Gynekologisk avdeling

Sykehuset i Vestfold

Tonje Bohlin er fagansvarlig overlege.

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

LARS GRØNVOLD

Gastrokirurgisk avdeling

Sykehuset i Vestfold

Lars Grønvold er overlege.

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

ØYSTEIN HOVI ROGNERUD

Karkirurgisk avdeling

Sykehuset i Vestfold

og

Karavdelingen

Oslo universitetssykehus

og

Universitetet i Oslo

Øystein Hovi Rognerud er overlege og ph.d.-kandidat.

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

JØRGEN JOAKIM JØRGENSEN

Karavdelingen

og

Avdeling for traumatologi

Oslo universitetssykehus

Jørgen Joakim Jørgensen er spesialist i generell kirurgi og i karkirurgi og er overlege.

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

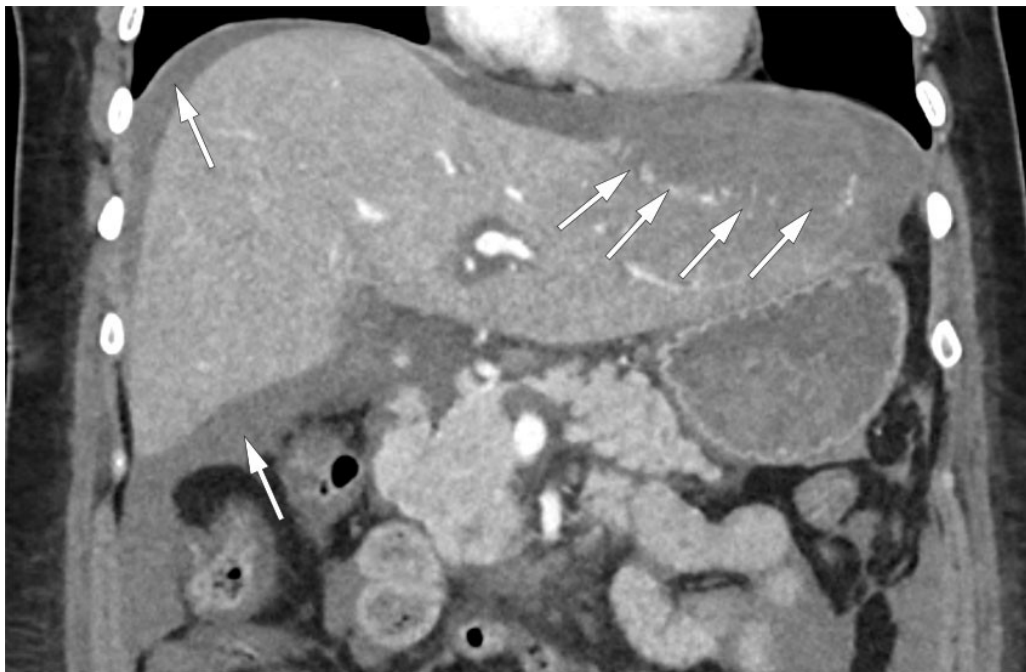
MARTIN LANDQUIST

Radiologisk avdeling

Sykehuset i Vestfold

Martin Landquist er spesialist i radiologi og overlege.

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



CT-bildet av abdomen viser en spontan leverruptur hos en pasient med HELLP-syndrom, som karakteriseres av massiv hemolyse, forhøyede leverenzymmer og blodplatemangel (1). Bildet viser en koronal reformatering av abdomen i portovenøs kontrastfase med kontrastoppladning i intakt leverparenkym, hvor rikelig gjenværende kontrast i det arterielle kretsløpet kan forklares av reduksjon av hjertets minuttvolum som følge av lavt blodvolum og lavt blodtrykk.

Pasienten var en førstegangsgravid kvinne i 30-årene. Hun ble innlagt med ambulanse en uke etter termin med mistanke om alvorlig preeklampsi grunnet sterke smerter i epigastriet. Ved ankomst hadde fosteret langsom hjerateksjon, og det ble umiddelbart gjort keisersnitt i narkose, som var ukomplisert.

Tre timer etter forløsningen fikk patienten hypovolemi (middelblodtrykk 50 mmHg) og takykardi (puls 130 slag/min). Blodtapet under sectio var estimert til 500 mL. Blodprøver viste fallende hemoglobinnivå fra 13,2 g/L til 7,5 g/L (referanseområde 11,7–15,3), trombocytopeni med trombocytter på $69 \times 10^9/L$ ($145\text{--}390 \times 10^9/L$), forhøyet D-dimer $> 4,00 \text{ mg/L}$ ($< 0,5$) og høy alaninaminotransferase (ALAT) på $1\,429 \text{ U/L}$ (< 45). Dette ga mistanke om HELLP-syndrom.



CT-undersøkelse av abdomen (arteriell og portovenøs kontrastfase) viste et $8 \times 14 \text{ cm}$ stort lavattenuerende område fortil i venstre leverlapp og en væskebrem med høy attenuasjon rundt leveren, tolket som spontan leverruptur og leverblødning med subkapsulært hematom. Små høyattenuerende områder i leverparenkymet i arteriell kontrastfase, som ble større i den portovenøse fasen, ble tolket som tegn på ekstravasering av kontrastmiddel og pågående leverblødning.

Pasienten ble stabilisert med væskeresuscitering og blodtransfusjon, laparotomert og pakket med kompresser omkring lever og livmor før hun ble overflyttet med luftambulanse til universitetssykehus. Der ble det gjort angiografi. Denne viste aktiv blødning fra venstre leverarterie, som ble plugget med absorberbar gelatin, samt fra en livmorarterie, som ble coilet. Neste morgen ble hun på ny sirkulatorisk ustabil og reoperert grunnet blødning fra livmoren. Etter dette var patienten stabil og kunne overflyttes til lokalsykehus. CT-kontroll avdekket ingen underliggende lesjon i leverparenkymet.

HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count)-syndromet er en sjelden og svært alvorlig form for svangerskapsforgiftning. Det forekommer ved 0,5–0,9 % av alle graviditeter (1) og viser seg klinisk med hypertensjon og magesmerter. Tilstanden innebærer risiko for sjeldne, men potensielt dødelige materielle komplikasjoner, som hjerneblødning, leverruptur, hjertestans, disseminert intravaskulær koagulasjon, respirasjonssvikt, nyresvikt og sepsis. Behandlingstilnærmingen er multidisiplinær.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP syndrome: clinical issues and management. A Review. BMC Pregnancy Childbirth 2009; 9: 8. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 22. mai 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0805

Mottatt 19.12.2022, første revisjon innsendt 12.3.2023, godkjent 11.4.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 29. mars 2026.