

Ewa POSADZKA
Robert JACH
Kazimierz PITYŃSKI
Anna MATYSZKIEWICZ

Wczesna ciąża ektopowa brzuszna - opis przypadku

Klinika Ginekologii i Onkologii,
Szpital Uniwersytecki w Krakowie
Kierownik:
Prof. Dr hab. n. med. Antoni Basta

Dodatkowe słowa kluczowe:
ciąża ektopowa brzuszna
laparoscopia

Additional key words:
ectopic abdominal pregnancy
laparoscopy

Ciąża ektopowa brzuszna to ok. 1-1,4 % wszystkich ciąż pozamacicznych. W pracy przedstawiono przypadek 27 letniej pacjentki z wczesną ciążą brzuszną, zagnieżdżoną w obrębie otrzewnej ściennej. Przypadek ten uzasadnia konieczność brania pod uwagę wystąpienia ciąży brzusznej w przypadku podejrzenia ciąży ektopowej.

Ciąża pozamaciczna to wystąpienie jaja płodowego w innym niż jama macicy umiejscowieniu. Odsetek występowania ciąży pozamacicznej szacuje się na 0,25-2 % wszystkich ciąż [1]. W 95%-97% jajo płodowe umiejscawia się obrębie jajowodu, przede wszystkim w obrębie bańki jajowodu. Znacznie rzadsze umiejscowienia to: jama brzuszna, jajniki, szyjka macicy, sieć większa, blizna po ciciu cesarskim, myometrium macicy. Za czynniki ryzyka występnie ciąży pozamacicznej uznaje się: przebyte infekcje na narządu rodowego wywołane przez chłamydię lub rzeżączkę, zabiegu przeprowadzone na jajowodach [2], stosowanie technik wspomaganego rozrodu, w tym leków stymulujących owulację, przebyta w wywiadzie ciąża pozamaciczna oraz narażenie w trakcie życia płodowego na dietylostibesterol [3]. Mniej niż 1% ciąż ektopowych ma swoje umiejscowienie w obrębie jamy brzusznej [4]. Przeważnie są to ciąże ektopowe wtórne, zaimplantowanie w wyniku poronienia trąbkowego lub pęknięcia ciąży jajowodowej. Pierwotna ciąża brzuszna musi spełniać trzy kryteria Studiforda [5], czyli: potwierdzone prawidłowe nieuszkodzone jajowody, brak przetoki maciczno-otrzewnowej oraz wczesna ciąża w kontakcie z otrzewną wykluczająca wtórne zaimplantowanie. Najczęstsze lokalizacje ciąży brzusznej to Zatoła Douglasa (55%), przymacicza (27%), sieć większa (9%), zachyłek maciczno-pęcherzowy (9%) [6]. Śmiertelność matek w przypadku późno rozpoznanej ciąży brzusznej może osiągnąć nawet 18% i jest 8 razy wyższa niż w przypadkach innych lokalizacji [7]. Rozpoznanie wczesnej ciąży brzusznej jest zazwyczaj okołozabiegowe, związane z pogorszeniem stanu klinicznego pacjentki z podejrzeniem ciąży ektopowej, wymagającego interwencji chirurgicznej. Większość wczesnych ciąż pozamacicznych udaje się usunąć laparoskopowo [8].

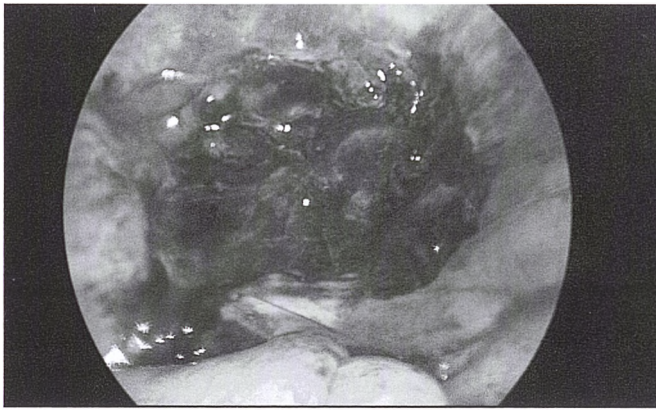
Opis przypadku

Pacjentka 27 letnia zgłosiła się w dniu 23. 09. 2013 r. w godzinach wieczornych do Ambulatorium Kliniki Ginekologii i Onkologii

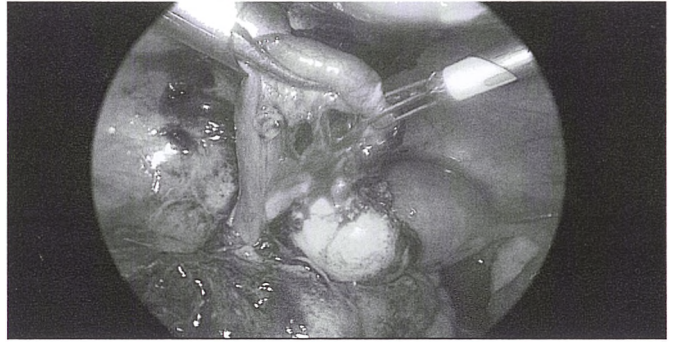
The abdominal ectopic pregnancies are 1-1,4 % of all ectopic pregnancies. In this article we presents the case of 27 years old patient in early abdominal pregnancy, situated in parietal peritoneum. This case justifies the need to take into account possibility of abdominal pregnancy in case of suspicion of ectopic pregnancy.

z powodu narastającego od 2 tygodni bólu podbrzusza. Z dodatkowych dolegliwości pacjentka zgłaszała krwawienie o średnim nasileniu z dróg rodnych od ok. 7 dni oraz wystąpienie nudności. Data ostatniej miesiączki - 12. 07. 2013 r. W wywiadzie ginekologicznym pacjentki wykluczono czynniki ryzyka wystąpienia ciąży ektopowej, pacjentka starała się o ciążę od roku sposobami naturalnymi, nie wspomagając się farmakoterapią. Pacjentka wykonała test ciążowy w dniu 04. 09. 2013 r. z wynikiem pozytywnym oraz zbadała seryjnie we własnym zakresie poziom podjednostki Beta gonadotropiny kosmówkowej (B-hcg) w dniach 06. 09. 2013 r. – wynik 238 mIU/ml, 11. 09. 2013 r. - 192 mIU/ml, 13. 09. 2013 r. - 159 mIU/ml, 17. 09. 2013 r. - 141 mIU/ml. W badaniach ultrasonograficznym przezpochwowych z dnia 12. 09. 2013 r. lekarz prowadzący stwierdził Endometrium o grubości 8 mm, szyjką macicy bez patologii, jajnik prawy o wym. 24 x 23 mm, jajnik lewy o wym. 49 x 38 mm z pęcherzykiem o śr. 23 mm. W zatoce Douglasa niewielką ilość wolnego płynu. W kontrolnym badaniu z dnia 19. 09. 2013 r. stwierdzono endometrium o gr. 4 mm, szyjką macicy normoechogeniczną, jajnik prawy o wym. 33 x 19 mm, normoechogeniczny, jajnik lewy o śr. 46 x 37 mm z pęcherzykiem o śr. 21 mm. Dodatkowo wolny płyn w Zatoce Douglasa. W żadnym z wykonanych badań usg nie potwierdzono pęcherzyka ciążowego w obrębie jamy macicy, jak również nie rozpoznano jego struktury w obrębie jajowodów czy szyjki macicy. W badaniu ultrasonograficznym przezpochwowym wykonanym głowicą o częstotliwości 7,5 MHz przy przyjęciu pacjentki na Oddział stwierdzono: trzon macicy jednorodny echogenicznie, prawidłowej wielkości i kształtu, szyjka macicy bez patologii, endometrium jednorodne o gr. 4 mm, jajnik prawy normoechogeniczny, w rzucie lewych przydatków niejednorodna echogenicznie struktura o wymiarach 55 x 68 mm. Dodatkowo wolny płyn w Zatoce Douglasa - ok. 50 ml. W badaniu ginekologicznym zestawionym wybadano macicę prawidłowej wielkości i kształtu, ruchomą,

Adres do korespondencji:
Ewa Posadzka
Klinika Ginekologii i Onkologii
Ul. Kopernika 23, 31-501 Kraków, Polska
Tel.: +48124248560,
fax.: 12 424 85 64
e-mail: ewaposs@gmail.com



Rycina 1
Trofoblast otrzewnej ściennej.
Trophoblast in parietal peritoneum.



Rycina 2
Jajowód lewy po odpreparowaniu sieci większej.
Left Fallopian tube after omental preparation.

bolesną przy palpacji, przydatki trudno badalne ze względu na silną reakcję bólową, zaznaczoną po stronie lewej. Postawiono wstępne rozpoznanie ciąży pozamaciczej. Ze względu na dolegliwości bólowe oraz dużą ilość wolnego płynu w Zatoce Douglasa (ok. 400 ml) pacjentkę przygotowano do zabiegu operacyjnego. Zabieg laparoskopii odbył się w dniu 23. 09. 2013 r. w godzinach 22.40-23.55. Po założeniu optyki laparoskopowej i narzędzi stwierdzono w obrębie jamy brzusznej ok. 800 ml świeżej krwi, macicę prawidłowej wielkości i kształtu, prawe przydatki bez patologii. Lewe przydatki niewidoczne ze względu na sieć większą pokrywającą otrzewną ścienną w okolicy lewych naczyń nadbrzusnych oraz obejmującej lewe przydatki. Po rozpreparowaniu sieci większej, uwidoczniło trofoblast umiejscowiony w obrębie otrzewnej ściennej (Ryc. 1).

Skontrolowano jajowód lewy, nie uwidaczniając przerwanie jego ciągłości (Ryc. 2). Przy pomocy narzędzi usunięto tkankę trofoblastu z powierzchni otrzewnej ściennej.

Materiał przesłano do badania histopatologicznego. Pozostała część trofoblastu ściennego skoagulowano, podobnie jak krwawiące naczynia nabrzusne. Hemostaza pozabiegowa pełna. Skontrolowano pozostałe narządy miednicy mniejszej oraz jamy brzusznej, nie stwierdzono patologii. Usunięto narzędzia laparoskopowe, pozostawiając dren Redona z jamy otrzewnowej. Pacjentka po zabiegu w stanie ogólnym dobrym, kontrolna morfologia w dniu następnym nie wykazała znaczących odchyleń od normy. Kontrolny poziom BHCG z dnia 26.09.2013 wynosił 26,6 mIU/ml. W drugiej dobie pooperacyjnej usunięto dren z zawartością ok. 200 ml popłuczyn krwistych. Pacjentka wypisana do domu w stanie ogólnym

dobrym w dniu 26. 09. 2013 r. W wyniku badania histopatologicznego potwierdzono wystąpienie tkanki trofoblastu w obrębie otrzewnej ściennej.

Dyskusja

U pacjentki doszło do wystąpienia ciąży pozamaciczej w skutek najprawdopodobniej poronienia trąbkowego na bardzo wczesnym etapie ciąży. Ciąża zaimplantowała się w obrębie otrzewnej ściennej wywołując miejscowy stan zapalny oraz krwawienie z naczyń nadbrzusnych w wyniku inwazji trofoblastu. Nasilające się krwawienie z tychże uszkodzonych naczyń wywołało silne dolegliwości bólowe brzucha i konieczność interwencji chirurgicznej. Zastosowana diagnostyka ultrasonograficzna nie potwierdziła wystąpienia pęcherzyka ciążowego w obrębie jamy macicy, co przy dodatnich wynikach poziomu BHCG sugerowałoby wystąpienie ciąży pozamaciczej. Jednak niewidoczność charakterystycznego dla ciąży ektopowej obrazu ultrasonograficznego w zakresie najczęstszych umiejscowień ciąży ektopowej tj. jajowodu, szyjki czy myometrium macicy, znacznie utrudniło interpretację wyniku i opóźniło postawienie ostatecznego rozpoznania. Diagnostę używano dopiero po wykonaniu laparoskopii i uwidocznieniu tkanki trofoblastu w obrębie otrzewnej ściennej, identyfikując jednocześnie źródło krwawienia w postaci uszkodzonych naczyń nadbrzusnych lewych. Diagnostyka obrazowa w przypadkach ciąży brzusznej, zwłaszcza na wczesnym etapie jej trwania jest niezwykle trudna. Wysoką skuteczność w rozpoznawaniu udowodniono dla badania MRI [10], badanie to odnosiło się jednak do ciąż wysokich. W przypadku ciąż niższych ostateczne diagnozy stawiane są głównie w trakcie zabiegu operacyjnego – laparoskopii [9] bądź laparotomii [11]

przeprowadzonych w wyniku nasilenia się objawów klinicznych świadczących o krwawieniu dootrzewnowym. Sugerowane jest podejrzenie wystąpienia ciąży brzusznej w każdym przypadku braku uwidocznienia ciąży wewnątrzmacicznej [12].

Pismienictwo

1. Van Den Eden SK, Shan J, Bruce C, Glasser M: Ectopic pregnancy rate and treatment utilization. *Obstet Gynecol.* 2005; 105: 1052–1057.
2. Petersom HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcom LS, Tylor LR, Russell J: The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization: US Collaborative Review of Sterilization Working Group. *N Engl J Med.* 1997; 336: 762–767.
3. Ankom WM, Mol BWJ, Van der Veen F, Bodduyt PM: Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril.* 1996; 65: 1093–1099.
4. Clark JFJ, Guy RS: Abdominal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1996; 96: 511–520.
5. Studdiford WE: Primary peritoneal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1942; 44: 487–491.
6. Shaw SW, Hsu JJ, Chuch HY. et al: Management of primary abdominal pregnancy: twelve years of experience in a medical centre. *Acta Obstet Gynecol.* 2007; 86: 1058–1062.
7. Tulandi T, Saleh A: Surgical management of ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 1999; 42: 31–38.
8. Esin S, Yildirim H, Tanzer F: Laparoscopic management of a primary omental pregnancy after clomiphen induction. *Fertil Steril.* 2009; 92: 392.
9. Hornemann A, Holl-Ulrich K, Finas D, Altgassen C, Dietrich K, Hornung D: Laparoscopic management of early primary omental pregnancy. *Fertil Steril.* 2008; 89: 991.
10. Renfro S, Dajani NK, Pandey T, Magann EF: Role of serial MRI assessment in the management of an abdominal pregnancy. *BMJ Case Rep.* 2013; Oct 14;2013.
11. Martelli F, De Carolis C, Parisi C, Piccione E: Neglected primary omental pregnancy after laparoscopic and medical treatment: A difficult diagnosis? *Case Rep Obstet Gynecol.* 2013; 2013: 207307. Published online 2013 June 2.
12. Poole A, Haas D, Magann EF: Early abdominal ectopic pregnancies: a systematic review of the literature. *Gynecol Obstet Invest.* 2012; 74: 249–260.